

Prosjekt ortopedi

SAMLE ALL ORTOPEDISK AKTIVITET I FØRDE SENTRALSJUKEHUS
November 2025

2025



Samandrag

Styret i Helse Førde gjorde 25. september 2025 vedtak om at administrerende direktør skulle greie ut følgjande:

«Samle all ortopedisk aktivitet ved Førde sentralsjukehus. Dette medfører å flytte aktiviteten i Lærdal til sjukehuset i Førde, og avvikle skadepoliklinikkane ved sjukehusa i Nordfjord og i Lærdal.»

Målet er å sikre betre ressursutnytting og oppnå økonomiske innsparingar, samtidig som ein legg til rette for tilpassa, robuste og framtidsretta tenester.

Prosjektet har kartlagt dagens aktivitet, pasientgrunnlag, driftsmodellar og kapasitetsbehov, og vurdert konsekvensar for fagmiljø, økonomi, HMS og samfunnsmessige forhold. Arbeidet har inkludert representantar frå alle aktuelle sjukehus, brukarrepresentant, tillitsvalde og verneteneste.

Gjennomgangen viser at ei samling kan gje stordriftsfordelar, redusert sårbarheit i bemanning og ei årleg innsparing på om lag 24 millionar kroner. Framtidig investeringsbehov vil bli redusert med sju-åtte millionar kroner dei neste åra. Samlinga vil også kunne gje eit større og meir robust fagmiljø, betre læringsarena for LIS-legar og meir effektiv drift.

Det er samtidig identifisert risikoar på fleire område som må handterast. Risikoane er gjort på eit overordna nivå.

- Fare for svekka arbeidsmiljø i Lærdal
- Omdømetap for Helse Førde
- Forseinka behandling og redusert opplevd tryggleik, særleg for skrøpelege eldre og barn
- Auka transportbehov som kan påverke ambulanseberedskap

Alle alvorlege skadar vert også i dag sende til Førde sentralsjukehus, eller til Haukeland universitetssjukehus i Bergen. Førde er akuttsjukehuset med traumefunksjon i Helse Førde og det einaste sjukehuset som har operasjonsberedskap. Lokalsjukehusa skal framleis ha beredskap med kompetanse innan indremedisin og anestesi.

Prosjektet har peika på mogelege verkemiddel for å redusere konsekvensane, først og fremst ekstra reisebelastning, ved ei flytting. Verkemidla er ikkje utgreidde og forankra i tilstrekkeleg grad, og det er delte meiningar om dei i prosjektgruppa.

Samlinga av ortopedien i Førde krev ein omstillingsprosess der tilsette og arbeidsmiljø må takast i vare. Den indremedisinske kompetansen må sikrast ved opplæring og kompetanseoverføring, for eksempel ved at ein har ekstra bemanning i ein periode. Ei flytting til Førde bør gjennomførast som eit prosjekt. I tillegg til rett kapasitetsoppbygging, så må nødvendig digitalisering og reduksjon i uønskt variasjon vere sentrale tema.

Innhold

1. Føremål og bakgrunn	5
1.1. Mandat med mål og organisering	5
1.2. Prosjektgruppe	5
2. Det ortopediske fagfeltet	6
2.1. Prioriteringsrettleiaren for ortopedi	6
2.2. Trendar innan ortopedisk oppfølging	6
2.3. Uønskt variasjon innan ortopedi	7
3. No-situasjonen/Ortopedisk aktivitet i Helse Førde	7
3.2. Førde sentralsjukehus - dagens ortopediske aktivitet	14
3.3. Lærdal sjukehus - dagens ortopediske aktivitet	17
3.4. Nordfjord sjukehus - dagens ortopediske aktivitet	22
4. Analyse pasientgrunnlag	25
4.1. Faktorar som vil påverke grunnlaget framover	25
4.2. Behovsframskrivingar	25
4.3. Uønskt variasjon	26
4.4. Auka digitalisering	27
4.5. Vurdert framtidig behov etter gjennomgang	28
5. Framtidig driftsmodell og kapasitetsbehov	28
5.1. Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde	28
5.2. Radiologiske tenester på lokalsjukehusa	31
5.3. Pasientreiser	32
5.4. Ambulanseteneste	32
5.5. Økonomisk drift ved samling i Førde	33
5.6. Oppsummering driftsmodell og organisering	35
6. Konsekvensreduserande verkemiddel innanfor handlingsrommet til prosjektet	35
7. Konsekvensar	39
7.1. Kvalitet, pasienttryggleik og aktivitet	39
7.2. Kompetanse/personell	41
7.3. Økonomi/drift/ressursar	42
7.4. Samfunnsmessige konsekvensar	44
7.5. Særskilt om forholda knytt til endringar i Lærdal sjukehus	45
7.6. Særskilt om forholda knytt til endringar i Nordfjord sjukehus	46
7.7. Særskilt om forholda knytt til endringar i Førde sentralsjukehus	46
8. Oppsummering	48
9. Risikovurdering	49
10. Figur- og tabelloversikt	51
Vedlegg	i
Mandat vedlegg 1 – svar	i
Risikovurdering	iv

Poliklinikk	xv
Sengepost	xxiii
Operasjon.....	xxv
Pasientreiser.....	xxvi
Uønskt variasjon	xxx

1. Føremål og bakgrunn

Tiltaket handlar om å samle all ortopedisk aktivitet ved Førde sentralsjukehus og avvikle den ortopediske verksemda ved Lærdal sjukehus, samt skadepoliklinikkane ved Nordfjord og Lærdal sjukehus. Målet er å sikre betre ressursutnytting og oppnå økonomiske innsparingar, samtidig som ein legg til rette for tilpassa, robuste og framtidsretta tenester. Samanlikna med andre føretak er det ein uønskt variasjon i forbruk av ortopediske tenester i Helse Førde, noko som kan indikere at tilbodet kan vere overdimensjonert. Innleiande analysar peikar på at ei samling av den ortopediske verksemda ved Førde sentralsjukehus kan gje betre utnytting av kapasitet, redusert sårbarheit i bemanning og styrke fagmiljøet. I dag krev drifta omfattande ambulering og bruk av vikarar, noko som svekker kontinuitet og kvalitet over tid.

1.1. Mandat med mål og organisering

Prosjektet er forankra i styresak 60/2025 og skal greie ut konsekvensane av å samle ortopedisk aktivitet i Førde, med vurderingar av fag, økonomi, HMS og samfunnsmessige forhold.

1.2. Prosjektgruppe

- Bjørn Morten Øen, Kirurgisk klinikk – Direktør – Prosjektleder
- Navid Beigi, Ortopedisk avdeling – Avdelingssjef
- Kari Anne Indrebø, Intensiv og operasjon – Avdelingssjef
- Grethe Kristin Leirdal, Operasjon Lærdal – Seksjonsleder
- Hrafnhildur Yr Elvarsdottir, Ortopedi/medisin Lærdal – Seksjonsleder
- Anja Myklemyr, Ortopedi sengepost Lærdal – Einingsleder
- Anne-Malene Hande, Ortopedi poliklinikk Lærdal – Einingsleder
- Justin van Leeuwen, Ortopedi seksjon Lærdal – Overlege
- Randi-Karin Krossøy, Skadepoliklinikk Nordfjord – Operasjonssjef
- Arnstein Ivesdal, Einingsleder Medisinsk poliklinikk Nordfjord (stadfortredar for Krossøy)
- Håvard Rønneid, Ortopedisk sengepost Førde – Seksjonsleder
- Gerd Nesbø, Ortopedisk poliklinikk Førde – Seksjonsleder
- Vidar Øvrebø, Lærdal sjukehus – Stadleg leder
- Arne Hovland – brukarrepresentant
- Randi Aven, FTV Fagforbundet
- Lena Thorsnes, FTV NSF
- Geir Tennebø, KVO
- Inger Therese Sanden Williams, VO

Prosjektstøtte:

- Merethe Klakegg (HR), Lars Erik Solend (kirurgisk klinikk), Stig Kjartan Hauger (Økonomi), Vidar Vie (Økonomi), Åse Stadheim (Kirurgisk klinikk), Jagrati Jani-Bølstad (Samhandlingsbarometeret og Helseatlas)

2. Det ortopediske fagfeltet

Ortopedisk kirurgi er spesialiteten som handlar om diagnostisering, behandling og førebygging av sjukdomar i bevegelsesapparatet. Det er stor breidde innanfor feltet med behandling av både akutte skader og kroniske tilstandar. Faget har stor betydning for folkehelsa, då muskel- og skjelettplager er dei mest vanlege årsakene til sjukefråvær.

Behandlinga kan vere konservativ (ikkje-kirurgisk, til dømes gipsbehandling av brot, injeksjonar, fysioterapi), og kirurgisk (som stabilisering av brot, protesekirurgi og operasjonar på ledd).

Dei fleste akutte skader involverer bevegelsesapparatet, og ortopedar er involvert i behandlinga av desse skadane.

Ved livstrugande skader etter ulukker, har indre organ høgast prioritet i initialfasen. Det er difor generelle kirurgar som handterer desse skadane. Ortopedar bidrar når det er nødvendig.

2.1. Prioriteringsretteleiar for ortopedi

Helsedirektoratet sin prioriteringsretteleiar for ortopedi gjev faglege og rettslege rammer for vurdering av rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Retteleiar byggjer på tre hovudkriterium:

- **Alvorlegheit:** Kor mykje tilstanden påverkar funksjon og livskvalitet.
- **Nytte:** Forventa effekt av behandlinga.
- **Ressursbruk:** Om behandlinga står i rimeleg forhold til nytten.

Eksempel på tilstandar som gjev rett til helsehjelp:

- Hofte- og kneartrose (slitasjegikt) med vesentleg funksjonstap.
- Skulderimpingement (tronge forhold i skulder) med langvarige smerter.
- Ryggprolaps med utstrålande smerter og nevrologiske utfall.

Ved tilstandar som i første omgang bør få konservativ behandling (eksempelvis artrose i dei store ledda), viser retteleiar til at konservativ behandling skal vere forsøkt før tilvising til spesialisthelsetenesta.

Prioriteringsretteleiar gjev retteleiarande frist for start helsehjelp.

Individuelle forhold kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp, t.d. grad av smerter og funksjonssvikt.

Frist for start helsehjelp kan gjelde utgreiing eller behandling. Oftast vil tilstanden vere såpass uklar at fristen vert sett til utgreiingsstart.

2.2. Trendar innan ortopedisk oppfølging

Feltet er i rask utvikling, og fleire trendar pregar dagens praksis:

- **Auke i dagkirurgi:** Mange inngrep, som kikholskirurgi i kne og skulder, og operasjonar i hand og fot, vert no gjort som dagbehandling.

- **Minimalt invasive teknikkar** (meir skånsame teknikkar med mindre snitt) : Gjev høve til tidleg mobilisering, reduserer komplikasjonar og gjev raskare rehabilitering.
- **Digitalisering og fjernoppfølging**: Bruk av videokonsultasjonar, skjema og digitale treningsprogram. Dei seinare åra er tal kontrollar etter mange typar inngrep betydeleg redusert, og denne tendensen vil halde fram.
- **Pasientmedverknad**: Auka vekt på informert samtykke og val mellom behandlingalternativ.
- **Tverrfagleg vurdering**: Auka bruk av tverrfagleg utgreiing med fysioterapeut og ergoterapeut bidrar til kortare ventetid og betre kvalitet på konservativ behandling.

2.3. Uønskt variasjon innan ortopedi

Uønskt variasjon i helsetenester viser til forskjellar i behandlingstilbod, praksis eller ressursbruk som ikkje kan forklarast med pasientbehov, medisinske tilstandar eller pasientpreferansar. I ortopedien kan dette til dømes vere at pasientar med same diagnose får ulik behandling avhengig av kvar dei bur, kven dei møter, eller kva sjukehus dei vert behandla ved.

Uønskt variasjon kan føre til:

- At pasientar med like behov ikkje nødvendigvis får same behandling.
- At nokre får meir behandling enn dei treng, medan andre får for lite eller for sein behandling.
- Overforbruk på eitt område betyr mindre ressursar tilgjengeleg for andre pasientgrupper.
- Det er risiko ved all kirurgi. Overbehandling aukar difor faren for fleire komplikasjonar.

Døme frå ortopedi:

- Store skilnader mellom ulike sjukehus og regionar i høve kirurgisk aktivitet innan områda kneprotesar, kneskopiar og skulderoperasjonar.
- Variasjon i ventetider og vurdering av rett til helsehjelp.
- Ulik praksis for konservativ behandling vs. kirurgi.

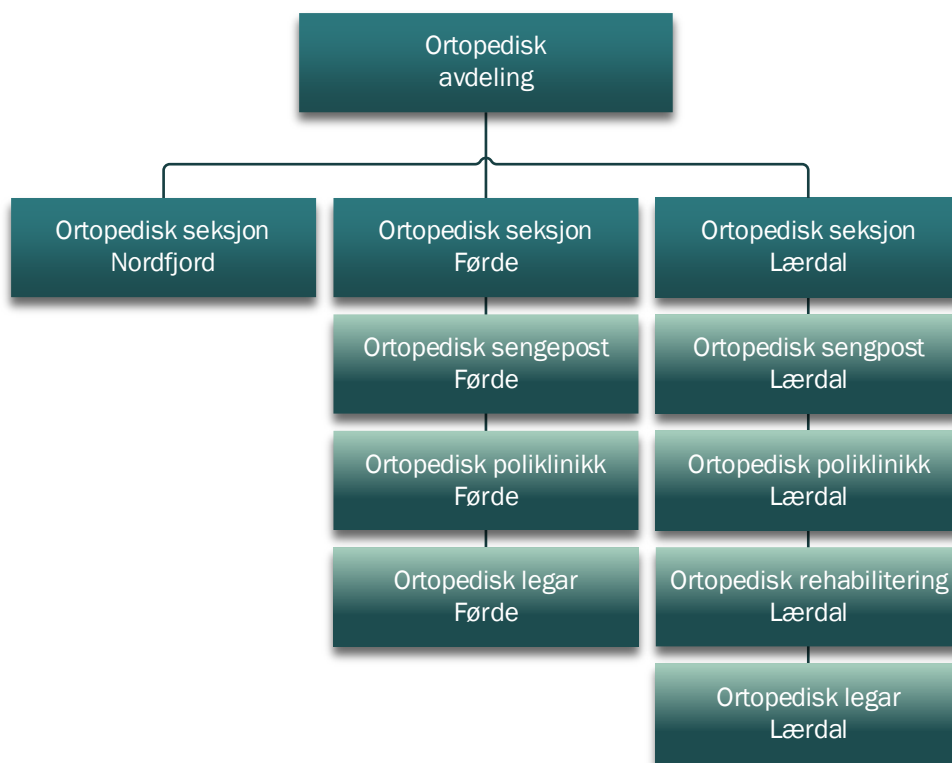
Å redusere uønskt variasjon er eit mål både nasjonalt, regionalt og lokalt. Endring av praksis krev godt datagrunnlag, bruk av helseatlas, kvalitetsregister og felles faglege retningslinjer.

3. No-situasjonen/Ortopedisk aktivitet i Helse Førde

Ortopedien i Helse Førde er organisert i Ortopedisk avdeling som har aktivitet ved sjukehusa på Nordfjord, Lærdal og Førde. Aktiviteten skjer ulike stadar i sjukehusa og dette er tilboda:

Nordfjord	Lærdal	Førde
Poliklinikk	Poliklinikk	Poliklinikk
Skadepoliklinikk	Skadepoliklinikk	Skadepoliklinikk
Dagkirurgi	Dagkirurgi	Dagkirurgi
	Operasjonsaktivitet	Operasjonsaktivitet
	Sengepost	Sengepost

Ortopedisk avdeling ligg i Kirurgisk klinikk og er delt opp i seksjonar og einingar med leiarar på kvart nivå, som vist i organisasjonskartet under.



Figur 1 - Organisasjonskart Ortopedisk avdeling Helse Førde

Avdelinga mottok tenester frå andre avdelingar, som til dømes; Avdeling for anestesi, intensiv og operasjon (AIO), Radiologisk avdeling, Avdeling for fysikalsk, medisin og rehabilitering, Laboratorium for medisinsk biokjemi og blodbank, Prehospitale tenester, Kirurgisk serviceseksjon og Drift og eigedom. I tillegg til kjem jamleg kontakt med andre kliniske avdelingar og andre støttefunksjonar.

Den totale aktiviteten i 2024 var slik:

Sjukehus	Planlagde konsultasjonar	ØH-konsultasjonar	Operasjonar	Liggedøgn
Førde	10 022	3 586	1 534	7 343
Lærdal	5 374	1 432	719	2 026
Nordfjord	1 409	1 493	164	
Totalt	16 805	6 511	2 417	9 369

Tabell 1 - Ortopedisk avdeling , total aktivitet 2024

3.1.1. Poliklinisk aktivitet

Det ortopedisk polikliniske tilbudet er omfattende og inkluderer:

- Konsultasjoner for artrose, ryggplager, brot og senelidingar
- Kontrollar etter operasjon
- Bandasjering, sårbehandling og injeksjonar
- ØH-konsultasjoner og behovsstyrt oppfølging

3.1.2. Skadepoliklinikk og rolle i dagens akuttberedskap

Alle dei tre sjukehusa har skadepoliklinisk verksemd. Aktiviteten er størst på dagtid, mellom kl 0800 og 1600, og minkande mot kveld og natt.

Førde					Lærdal					Nordfjord				
Vekedag	Dag (08-16)	Kveld (16-22)	Natt (22-08)	Totalt	Vekedag	Dag (08-16)	Kveld (16-22)	Natt (22-08)	Totalt	Vekedag	Dag (08-16)	Kveld (16-22)	Natt (22-08)	Totalt
Mandag	9,8	3,0	0,7	13,4	Mandag	4,6	1,1	0,1	5,9	Mandag	4,0	1,3	0,2	5,5
Tirsdag	7,8	2,3	0,6	10,7	Tirsdag	4,2	1,2	0,2	5,6	Tirsdag	3,4	1,2	0,2	4,8
Onsdag	8,2	2,5	0,6	11,3	Onsdag	3,6	0,9	0,2	4,6	Onsdag	3,3	1,1	0,2	4,6
Torsdag	7,2	2,3	0,7	10,2	Torsdag	3,5	0,9	0,2	4,6	Torsdag	3,1	1,0	0,2	4,3
Fredag	7,5	2,5	0,6	10,5	Fredag	3,6	1,0	0,2	4,9	Fredag	3,3	0,9	0,2	4,4
Lørdag	2,7	2,3	0,6	5,6	Lørdag	1,3	1,0	0,2	2,5	Lørdag	1,4	1,1	0,2	2,8
Søndag	2,5	2,4	0,9	5,7	Søndag	1,1	0,9	0,2	2,2	Søndag	0,9	1,4	0,2	2,5
Gjennomsnitt	6,5	2,5	0,7	9,6	Gjennomsnitt	3,1	1,0	0,2	4,3	Gjennomsnitt	2,8	1,1	0,2	4,1

Tabell 2 - Gjennomsnittleg tal ØH-konsultasjoner pr vekedag 2022-2024

Pasientane som kjem til skadepoliklinikkane er gjennomgåande tilvist av kommunelegar for lette og moderate ortopediske problemstillingar. Dette kan gjelde mistanke om muskel- og skjelettskader, sårbehandling, reponering, gipsing eller liknande.

Førde sentralsjukehus er akuttsjukehus med traumefunksjon med kirurgisk/ortopedisk operasjonsberedskap heile døgnet. Større skadar og traume vert sendt til Førde eller til Haukeland universitetssjukehus i Bergen.

Nordfjord og Lærdal sjukehus har ingen operasjonsberedskap og skal ikkje handtere alvorlege traume/skader. Døme på pasientar som vert sendt direkte til Førde, eller vidare frå lokalsjukehus etter vurdering og stabilisering er: brotskadar som krev operasjon (t.d. hoftebrot og ustabile/alvorlege handleddsbrot) eller meir alvorlege traume etter trafikkulukker, fallskader osv. (lårbeinsbrot, bekkensskadar, knusingsskadar m.m.).

[Store medisinske leksikon skildrar beredskap slik](#): «Beredskap er alle tekniske, operasjonelle og organisatoriske tiltak som hindrer at en inntrådt faresituasjon utvikler seg til en ulykkessituasjon, eller som hindrer eller reduserer skadevirkningene av inntrådte ulykkes- eller krisesituasjoner. Begrepet beredskap benyttes oftest om konsekvensreducerende tiltak, mens begrepet [sikkerhet](#) også omfatter tiltak av forebyggende karakter».

3.1.3. Operasjonsaktivitet

Ortopedisk operasjonsaktivitet i Helse Førde er fordelt mellom Førde sentralsjukehus, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus. Aktiviteten omfattar både elektive (planlagde) og øyeblikkeleg hjelp (ØH)-inngrep.

Dei mest vanlege inngrepa er:

- Innsetting og utskifting av hofte, kne og skulderprotesar
- Artroskopisk kirurgi (kikholskirurgi) i skulder og kne
- Ryggoperasjonar
- Handkirurgi
- Fotkirurgi
- Kirurgisk behandling av brot og akutte blautdelsskadar og annan ØH-kirurgi

ØH-kirurgi er i all hovudsak samla i Førde. Eit fåtal operasjonar registrert som ØH er gjort i Lærdal, i hovudsak knytt til sårproblem etter elektiv kirurgi og/eller komplikasjonar etter innsetting av protese og skulderluksasjonar i narkose og mobilisering.

Pasientar med fleire medisinske tilstandar/samansett sjukdomsbilete og som treng kirurgi må opererast i Førde, uavhengig av kvar dei er utgreidde. Dette for å ha styrka akuttmedisinsk beredskap og intensivkapasitet tilgjengeleg.

3.1.4. Sengepost

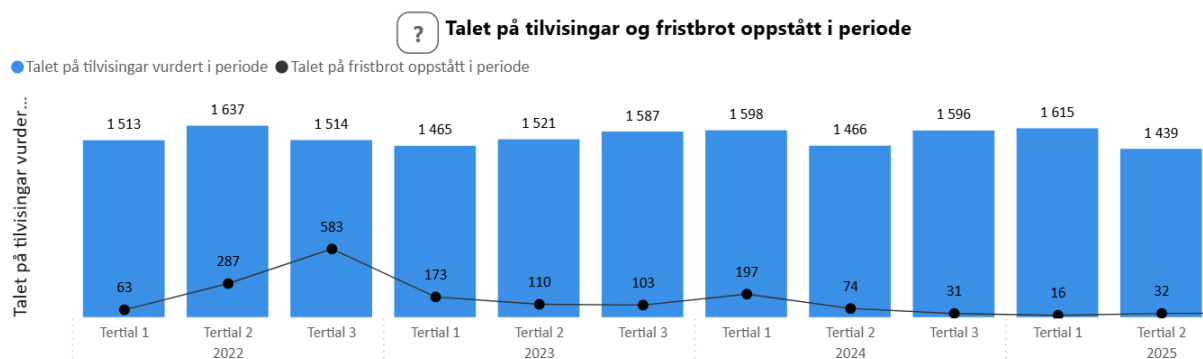
Ortopedien i Helse Førde har samla 33 senger til disposisjon; 21 i Førde og 12 i Lærdal. Sengeposten i Førde er i drift alle dagar heile året, medan sengeposten i Lærdal er ein fem-døgnspost (måndag til fredag) og stengt i sommarperioden (4 veker) og ved høgtid.

I 2024 var det 9369 liggedøgn samla på dei to sengepostane, fordelt på vel 2600 opphald.

Sengene i Førde vert brukt til både pasientar som treng akutt hjelp og planlagde innleggingar, medan sengene i Lærdal i all hovudsak vert brukt til pasientar som treng opphald i samband med planlagde operasjonar. Lærdal tek likevel også i mot nokre ortopediske ØH-pasientar. Det kan vere pasientar med t.d. hjerneristing, smerter eller skrøpelege eldre som ikkje kan klare seg åleine heime. Dei ligg på ortopedisk (måndag til fredag) og elles på medisinsk avdeling, med ortoped som ansvarleg. Også medisinsk sengepost Nordfjord har årleg nokre ØH-pasientar som har ortopediske lidingar, men dei har i all hovudsak medisinsk hovuddiagnose.

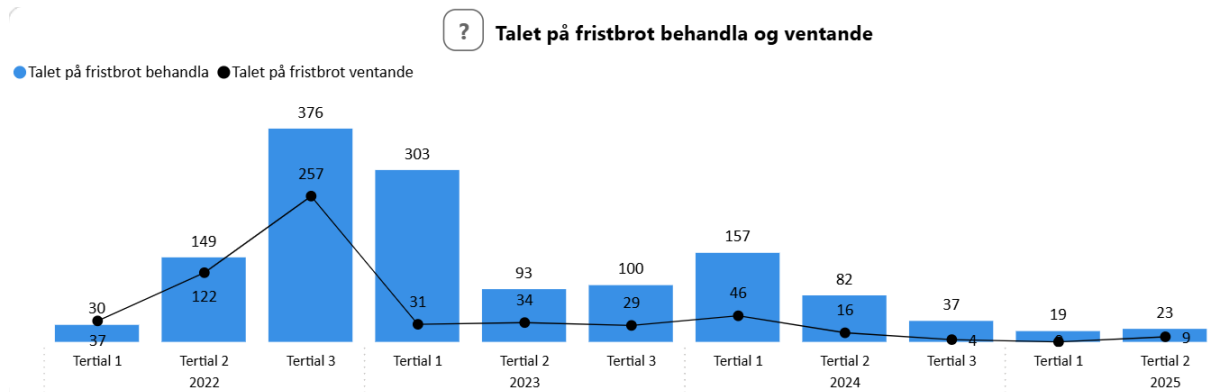
3.1.5. Tilvisingar, fristbrot, ventelister, ventetider og fristbrot

Helse Førde har eit stabilt tal tilvisingar til ortopedisk avdeling. Tal fristbrot har vore redusert dei siste åra etter eit relativt høgt tal i etterkant av covid-19-pandemien.



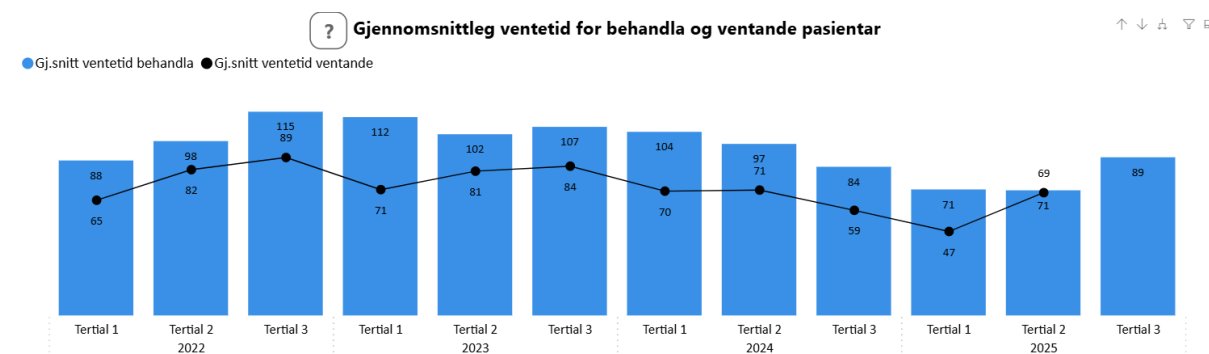
Figur 2 - Tilvisingar og fristbrot Ortopedisk avdeling Helse Førde

Dette viser også igjen for tal fristbrot for behandla og ventande:



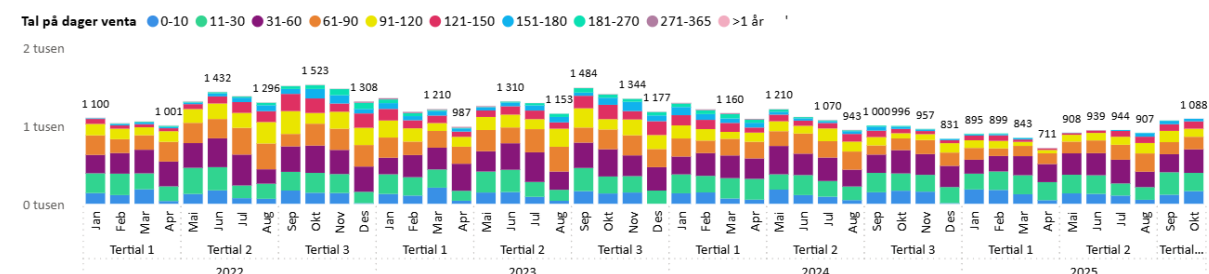
Figur 3 - Tal fristbrot og ventande Ortopedisk avdeling Helse Førde

Gjennomsnittleg ventetid har gått ned i perioden, med noko auke hausten 2025:



Figur 4 - Gjennomsnittleg ventetid for behandla og ventande pasientar Ortopedisk avdeling Helse Førde

Tal ventande har vore relativt stabilt over tid. Det er ingen pasientar pr. november 2025 som har venta over eit år:



Figur 5 - Tal på dagar venta Ortopedisk avdeling Helse Førde

Regionalt skil Helse Førde seg ut når det gjeld avvising av tilvisingar. I 2025 er 6,2% av alle pasientar som er tilvist til ortopedisk kirurgi i Helse Vest vurdert til å ikkje ha rett til helsehjelp. I Helse Førde er avvisingsgraden 2,3 %.



Figur 6 - Pasientar vurdert "ikkje behov for helsehjelp" Ortopedisk avdeling Helse Førde

3.1.6. Radiologi

Radiologi, både MR, CT og konvensjonell røntgen, er viktig for ortopedifeltet. Dette gjeld både for å avdekke akutte skadar, og i for- og etterkant av til dømes protese kirurgi. I 2024 vart det gjort 22 036 radiologiske undersøkingar av pasientar innan ortopedi i Helse Førde.

Av desse vart 11 897 gjort i Førde, 6515 i Lærdal og 3624 i Nordfjord.

3.1.7. Personell

Ortopedien i Helse Førde er bemanna med spesialistar, LIS-legar, sjukepleiarar, helsefagarbeidarar, fysioterapeutar og støttepersonell ved tre sjukehus.

Totalt er det i oktober 2025 123,8 brutto månadsverk knytt til ortopedisk avdeling, fordelt slik:

	Brutto månadsverk	Tal tilsette
Ortopedi felles	3,5	5
Ortopedi sengepost Førde	43,1	60
Ortopedi poliklinikk Førde	5,5	7
Ortopedi legar Førde	39,3	57
Ortopedi sengepost Lærdal	12,3	21
Ortopedi poliklinikk Lærdal	5,0	7
Ortopedi rehabilitering Lærdal	4,0	4
Ortopedi legar Lærdal	9,4	12
Ortopedi poliklinikk Nordfjord	1,8	13
Sum	123,8	186

Tabell 3 - Ortopedisk avdeling, brutto månadsverk 2025

Tala er henta frå lønssystemet i oktober 2025. Tal brutto månadsverk tek utgangspunkt i utbetalt løn og vil variere igjennom året, sidan til dømes ferieavvikling og anna fråvær fører til endringar i variabel løn. Tilsette som har delt stillingsforhold mellom til dømes sengepost og poliklinikk vert rekna med under tal tilsette begge stadar. Tala i oktober for Lærdal har mindre justeringar som følgje av ei detaljert gjennomgang av stillingar og tal tilsette.

Særskilt på legesida er det stor variasjon i brutto månadsverk og tal tilsette igjennom året. Til dømes har avdelinga tre LIS 1 og tre fast tilsette overlegar i Lærdal. Vidare er det ein del legar som ambulerer i kortare periodar til Lærdal frå andre sjukehus, og legar frå Lærdal som ambulerer til Førde og Nordfjord. Det er òg legar som ambulerer eit betydeleg tal timar mellom Førde og Lærdal. Avdelinga nyttar også pensjonerte overlegar.

I Førde varierer og brutto månadsverk og tal tilsette. Til liks med Nordfjord og Lærdal har også Førde bruk av vikarar. Her har avdelinga mellom anna 16 LIS 1-stillingar som vert skifta ut gjennom året. 10 av desse stillingane er knytt opp mot kirurgisk avdeling.

I oversikten har ortopedi poliklinikk Nordfjord 1,8 brutto månadsverk og 13 tilsette. Dette kjem av at poliklinikken er bemanna av legar som ambulerer ei veke kvar, og per måned utgjør dette rundt 1,8 månadsverk målt i arbeidstid. Det er i dag 13 legar som er registrert med eit stillingsforhold på denne poliklinikken.

Samarbeidet med Avdeling for anestesi, intensiv og operasjon (AIO) er sentralt når det gjeld den kirurgiske verksemda til Avdeling for ortopedi.

I oktober 2025 er har AIO følgjande brutto månadsverk og tal tilsette.

	Brutto månadsverk	Tal tilsette
AIO felles	1,0	1
Operasjon Lærdal	6,2	7
Anestesi Lærdal	3,0	3
AIO legar Lærdal	2,0	12
AIO legar Nordfjord	2,0	22
AIO legar Førde	26,4	29
AIO legar Luftambulansse Førde	4,8	7
AIO legar Redningsbase Florø	4,2	7
Dagkirurgisk senter Førde	7,3	12
Dagkirurgisk senter Nordfjord	2,4	11
Anestesi Førde	22,8	28
Intensiv Førde	53,8	66
Operasjon Førde	32,6	37
Sterilsentral Førde	17,6	21
Sum	186,2	263

Tabell 4 - AIO, brutto månadsverk 2025

Tala er henta frå lønssystemet i oktober 2025. Tal brutto månadsverk tek utgangspunkt i utbetalt løn og vil variere igjennom året sidan til dømes ferieavvikling og anna fråvær fører til endringar i variabel løn. Tala i oktober for Lærdal har mindre justeringar som følgje av ei detaljert gjennomgang av stillingar og tal tilsette.

AIO-legar Lærdal og Nordfjord vert bemanna av vikarstafettar med ei veke kvar. I oktober vart det utbetalt løn tilsvarande to stillingar på kvar eining. Det er 12 legar i Lærdal og 22 i Nordfjord registrert med eit stillingsforhold.

3.1.8. Dagens aktivitet sett i lys av nasjonale trendar

Ortopedifaget har over tid gått mot meir dagkirurgi, aukande digital oppfølging og standardiserte pasientforløp.

Ortopedisk avdeling har auka bruken av digitale helsetenester dei siste åra. I 2020 vart 2,4 prosent av konsultasjonane gjort med video eller telefon. Så langt i 2025 har dette talet stige til 10,3 prosent.

Det er også teke i bruk behovsstyrt oppfølging (der pasienten sitt behov vert vurdert etter svar på utsende skjema) etter handleddsoperasjonar, skulderoperasjonar og hofteoperasjonar. Ved Førde sentralsjukehus har delen kontrollar etter handleddsbrot gått ned med 10 prosent etter at behovsstyrt poliklinikk vart teke i bruk. Lærdal har fjerna fysisk kontroll etter kneproteseoperasjonar, dei har telefonoppfølging frå fysioterapeut.

3.1.9. Uønskt variasjon innan ortopedi i Helse Førde

Det er dokumentert geografisk variasjon i operasjonsrate, konsultasjonar og innleggingar. Helse Førde skil seg spesielt ut med meir aktivitet innanfor tre område:

- Kneprotesekirurgi
- Artroskopisk kirurgi i kne
- Artroskopisk kirurgi i skulder

Dette er gjort nærare greie for i kapittel fire.

3.1.10. Nedslagsfelt



Helse Førde er delt inn i tre lokalsjukehusområde:

- Nordfjord
- Førde
- Lærdal

3.2. Førde sentralsjukehus - dagens ortopediske aktivitet

Tabellen under viser aktiviteten ved Førde sentralsjukehus.

Planlagde konsultasjonar	ØH-konsultasjonar	Operasjonar	Liggedøgn
10022	3586	1534	7343

Tabell 5 - Førde sentralsjukehus (ortopedi), aktivitet 2024

3.2.1. Planlagt poliklinisk aktivitet

Poliklinikken hadde i 2024 om lag 10 000 planlagde konsultasjonar knytt til vurdering av tilstandar, kontrollar og injeksjonsbehandling. Poliklinikken har også tilbod om videokonsultasjonar og strukturert oppfølging etter kirurgi.

3.2.2. Skadepoliklinikk og rolle i dagens akuttberedskap

Førde sentralsjukehus er akuttsjukehus med traumefunksjon med hovudansvar for ortopedisk akuttberedskap i føretaket, inkludert traumevakt, luftambulanse og intensivkapasitet. Det er døgntkontinuerleg vaktberedskap og tilgang på operasjonsstove.

Sjukehuset har døgntkontinuerleg skadepoliklinikk og hadde 3586 ØH-konsultasjonar i 2024. Dei største pasientgruppene kom frå Sunnfjord, Kinn, Høyanger, Fjaler, Askvoll, Bremanger og Sogndal. Sjukehuset hadde også 279 pasientar som kom frå resten av vestlandet, Noreg eller utlandet.

3.2.3. Operasjonsaktivitet

Førde har operasjonsaktivitet innan både elektiv og øyeblikkeleg hjelp. Dei mest vanlege inngrepa er hofte- og kneprotesar, rygg-, skulder-, hand- og fotkirurgi og artroskopiar.

Det vart utført 1534 ortopediske operasjonar i 2024. Rundt 60 % av desse var ØH-operasjonar og 30 % av alle operasjonane var dagkirurgi. I tillegg til dette kjem 300-500 dagkirurgiske inngrep som vert utført i poliklinikken eller på operasjonsstovene i poliklinikken i Livabygget. Desse operasjonane vert ikkje registrerte i Orbit (operasjonsplanleggingssystemet) og inngår såleis ikkje i operasjonsstatistikken.

Operativ aktivitet i Førde omfattar same type planlagde operasjonar som vert gjort på lokalsjukehusa. I tillegg kjem elektiv kirurgi som berre vert utført i Førde, som ryggkirurgi.

Planlagd aktivitet med innlegging er mellom anna knytt til innsetting av hofteprotese (140), ryggkirurgi (70), innsetting av kneprotesar (51) og skulderprotesar (26). Det er funksjonsdeling mellom seksjonane, men Førde opererer alle pasientar som det er knytt høgare risiko til (ASA 3 og 4).

3.2.4. Sengepost

Ortopedisk sengepost i Førde disponerer 21 av 26 senger i 7. etasje i Livabygget. Alle alvorlege akutte ortopediske tilstandar i nedslagsfeltet til Helse Førde vert sende til Førde eller Haukeland. 80% av opphalda i 2024 var ØH-hjelp, medan dei siste 20% var planlagde opphald. Mange av pasientane er eldre med brotskadar som også har høg pleiefaktor.

Sengeposten skal også drifte dei fem andre sengene i etasjen i det nye sengepostbygget i Førde. Desse sengene har så langt vore brukte til geriatrike pasientar. Etter ei omlegging hausten 2025 vert desse omdisponert til kirurgiske og nevrologiske pasientar.

Gjennomsnittleg liggetid for pasientar tilhøyrande ortopedisk avdeling i Førde var 3,6 døgn i 2024.

3.2.5. Personell

Det var 87,9 brutto månadsverk, fordelt på 124 tilsette, ved Ortopedisk avdeling ved Førde sentralsjukehus i oktober 2025.

	Brutto månadsverk	Tal tilsette
Ortopedi sengepost Førde	43,1	60
Ortopedi poliklinikk Førde	5,5	7
Ortopedi legar Førde	39,3	57
Sum	87,9	124

Tabell 6 - Førde sentralsjukehus (Ortopedi), brutto månadsverk oktober 2025

Avdeling for anestesi, intensiv og operasjon er i stor grad retta inn mot kirurgisk aktivitet. Avdelinga i Førde stiller personell disponibelt for alle dei kirurgiske avdelingane. Tala under viser alt personell som arbeider i Førde.

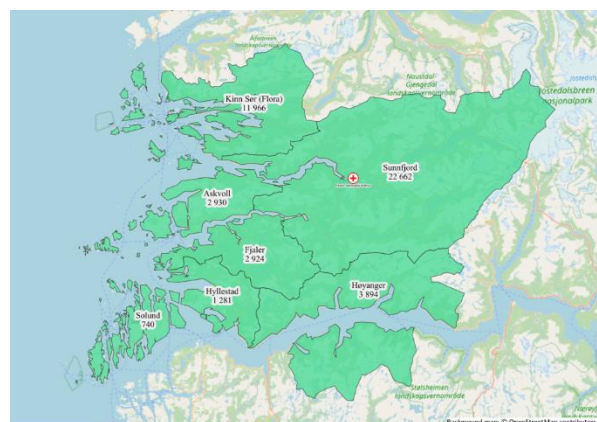
	Brutto månadsverk	Tal tilsette
AIO legar Førde	26,4	29
Dagkirurgisk senter Førde	7,3	12
Anestesi Førde	22,8	28
Intensiv Førde	53,8	66
Operasjon Førde	32,6	37
Sterilsentral Førde	17,6	21
Sum	160,5	193

Tabell 7 - Førde sentralsjukehus (AIO), brutto månadsverk oktober 2025

3.2.6. Pasientgrunnlag/nedslagsfelt

Førdeområdet (lokalsjukehusområdet) har 46 397 (2024) innbyggjarar (43% av Helse Førde). Området inkluderer kommunane Kinn (sør for Nordfjorden), Askvoll, Solund, Hyllestad, Fjaler, Sunnfjord, Høyanger.

I tillegg til pasientar frå eige område, tek Førde imot pasientar frå Lærdal og Nordfjord med behov for akuttmedisinsk beredskap og tilgang til intensivkapasitet.



3.2.7. Økonomi ortopedisk avdeling Førde

Førde	Eining	Prognose 2025
Inntekt	Ortopedi poliklinikk Førde	-17 405
Inntekt	Ortopedi legar Førde	-6 065
Inntekt	Ortopedi sengepost Førde	-51 343
Sum inntekt		-74 813
Varekost og helsetenester	Ortopedi felles	20
Varekost og helsetenester	Ortopedi poliklinikk Førde	674
Varekost og helsetenester	Ortopedi legar Førde	16 166
Varekost og helsetenester	Ortopedi sengepost Førde	2 144
Sum varekost og helsetenester		19 004
Løn- og personalkostnader	Ortopedi felles	4 822
Løn- og personalkostnader	Ortopedi poliklinikk Førde	6 922
Løn- og personalkostnader	Ortopedi legar Førde	69 587
Løn- og personalkostnader	Ortopedi sengepost Førde	42 174
Sum løn- og personalkostnader		123 504
Øvrige kostnader	Ortopedi felles	96
Øvrige kostnader	Ortopedi poliklinikk Førde	320
Øvrige kostnader	Ortopedi legar Førde	690
Øvrige kostnader	Ortopedi sengepost Førde	963
Sum øvrige kostnader		2 069
Totalt		69 764

Tabell 8 - Ortopedisk avdeling, økonomisk prognose 2025

Tabellen syner prognose 2025 for kostnadsstadar under ortopedisk avdeling. Prognosen er basert på resultatet per oktober og framskrivingar ut året.

Aktiviteten til ortopedisk avdeling påverkar og resultatet til støtteiningar som operasjon, anestesi, laboratorietenester, reinhald og vedlikehald.

3.3. Lærdal sjukehus - dagens ortopediske aktivitet

Den ortopediske aktiviteten ved Lærdal sjukehus er knytt til planlagde polikliniske konsultasjonar, øyeblikkeleg hjelp-konsultasjonar, operasjonar og sengepost.

Aktiviteten i 2024 var slik:

Planlagde konsultasjonar	ØH-konsultasjonar	Operasjonar	Liggedøgn
5374	1432	719	2026

Tabell 9 - Lærdal sjukehus (ortopedi) - aktivitet 2024

I løpet av 2025 vart sengeposten gjort om til ein fem-døgns post, og er berre open på kvardagane. Tal liggedøgn er difor redusert, og vil kome på om lag 1400-1500 i 2025.

3.3.1. Planlagd poliklinisk aktivitet

Ortopedisk poliklinikk i Lærdal hadde 6806 konsultasjoner i fjor. Over 1700 av dei var utgreiingar før vidare behandling, til dømes før operasjonar. Litt meir enn 2500 av dei var kontrollar i etterkant av behandling.

Poliklinikken har dei to siste åra gått over til telefon- og videokonsultasjonar i større grad enn dei andre sjukehusa. I 2025 har det vore ein markant auke og talet er så langt på over 18%.

3.3.2. Skadepoliklinikk og rolle i dagens akuttberedskap

Skadepoliklinikken i Lærdal hadde 1432 ØH-konsultasjonar i 2024. Dei aller fleste kom frå nærområdet; Sogndal, Luster, Årdal, Lærdal og Aurland. 135 kom frå andre delar av Helse Vest, 88 frå resten av landet og 31 var utanlandske.

Som for alle sjukehusa er hovudaktiviteten mellom kl 0800 og 1600, med mindre aktivitet mot kveld og i helg. På natt er det få tilfelle. Det er LIS 1-legen (tidlegare turnuslege) som ser til pasientane. På dagtid med assistanse frå sjukepleiarar på poliklinikk og konferering med ortopedspesialist. Om natta har LIS-legen vakt på både medisinsk og ortopedisk sengepost i tillegg, og konfererer med ortopedspesialist, på bakvakt i Lærdal, om pasientane. Nokre behandlingar krev at ortoped er fysisk til stades – både på dagtid og under vakt – til dømes ved behov for reponering, suturering eller annan praktisk assistanse.

Dei alvorlege skadane vert overførte til Førde for behandling, og Lærdal har ingen operasjonsberedskap for handtering av traume/skadar. I enkelte tilfelle får Lærdal inn pasientar til stabilisering før dei blir transportert til høgare omsorgsnivå.

Ortopedar deltek i det medisinske akutt-teamet på sjukehuset og elles i beredskapssituasjonar, ved behov. Sjukepleiarar frå ortopedisk sengepost, AIO og andre deltek i totalberedskapen ved Lærdal sjukehuset, i dette inngår CBRNE-beredskapen (kjemiske stoff (C), biologiske agens (B), radioaktive stoff (R) nukleært materiale (N) og eksplosiv (E) med høgt farepotensial) ved sjukehuset.

3.3.3. Operasjonsaktivitet

Ortopedisk seksjon i Lærdal gjennomfører planlagde operasjonar (både inneliggande og dagkirurgiske) for pasientar som elles er gjennomgåande friske/ikkje har alvorlege sjukdomar som påverkar risiko ved operasjon (ASA1 og ASA2).

Seksjonen spesialiserte seg tidleg på 2000-talet i kneprotesekirurgi og framleis er den største aktiviteten knytt til dette. I 2024 var det gjennomført 240 innsettingar av kneprotesar, 10 dobbeltsidige kneprotesar, og 17 utskiftingar av kneprotesar (også omtala som revisjonsoperasjon). I 2024 vart det operert 71 hofteprotesar, som også skapar behov for sengepostkapasitet.

Dei resterande operasjonane var hovudsakeleg kikholsooperasjonar i skulder og kne, enkelte skulderprotesar, og operasjonar i fot og ankel. I 2025 er det brukt ledig kapasitet i Lærdal for å gjennomføre operasjonar med legar frå Førde, for å redusere ventelister innan andre fagområde.

ASA-klassifisering er eit system for gradering av risiko i samband med anestesi. Lærdal opererer ASA1 og ASA2 som er friske, eller stort sett friske pasientar. Pasientar i dei høgare klassane skal opererast i Førde. Pasientar som er klinisk eller svært sjuke har høgare risiko knytt til både

anestesi og kirurgi, og må difor ha tilgang til meir avansert postoperativ behandling/intensivbehandling (kompetanse og ressursar).

3.3.4. Sengepost

Ortopedisk sengepost i Lærdal har 12 senger som er i bruk fem døgn i veka. Endringa frå sju- til fem-døgnspost skjedde gradvis ved årsskiftet 2024/2025. I 2024 hadde sengeposten 598 opphald, som til saman utgjorde vel 2000 liggedøgn. Det gav ei gjennomsnittleg liggetid på 3,4 døgn. Gjennomsnittleg liggetid til no i år er redusert til 2,6 liggedøgn.

90% av opphalda er knytt til planlagde operasjonar og behandlingar. I 2024 var det 65 opphald knytt til ØH, som utgjorde 159 liggedøgn. 29 av desse pasientane var 70 år og eldre. Alle alvorlege skader vert sende til Førde. Nokre gonger etter at pasient først har vore innom Lærdal sjukehus.

Pasientar som skal til observasjon, til dømes etter hjerneristing, er til overvaking i medisinsk seksjon, men ortopedien har ansvaret. I helg, høgtid eller sommarferie vert medisinsk sengepost brukt til ØH-pasientar. I 2025 kjem dette til å utgjere om lag 150 liggedøgn.

Også pasientar som ligg over frå ortopedisk avdeling på fredagar vert lagt inn på medisin.

3.3.5. Særskilt om aktivitet i 2025

Ettersom det er gjort omleggingar i drifta ved Lærdal sjukehus i 2025, har også prosjektet teke ut tal for aktivitet frå januar til og med oktober dette året. Tal liggedøgn er redusert i år som følgje av omlegging til fem-døgnspost. Frå tidlegare har det vore ein nedgang knytt til avvikling av rehabiliteringssenger (2023-2024).

Det er ein auke i planlagde konsultasjonar. Om lag halvparten er knytt til koding av oppfølging før operasjon. Endringa tredde i kraft etter påske og utgjør 298 telefonkonsultasjonar i 2025. Resterande 273 er auke i andre konsultasjonar.

Tal ØH-konsultasjonar er noko høgare enn i 2024, men lågare enn dei tre føregåande åra.

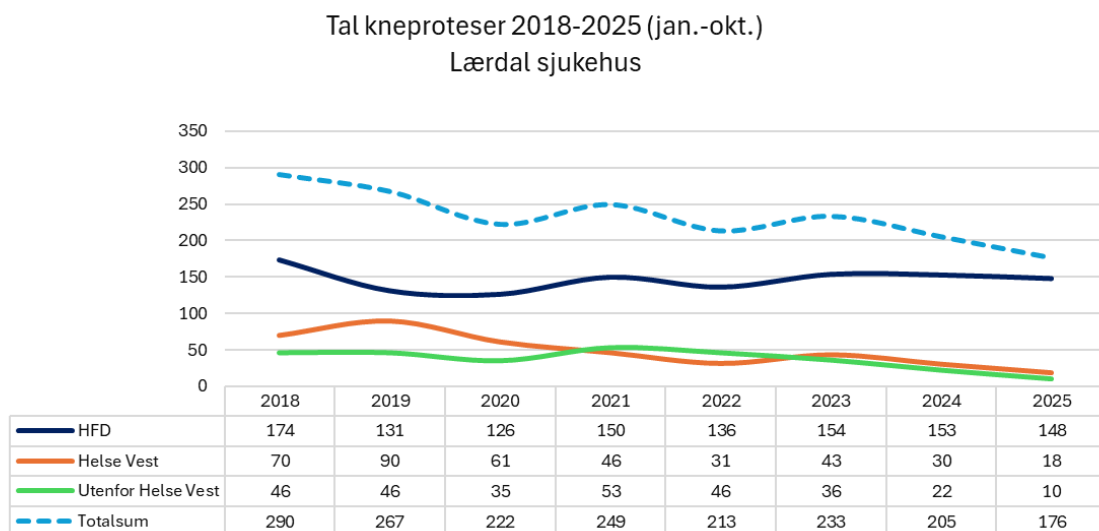
Tal operasjonar er i tal om lag som tidlegare.

	Planlagde konsultasjonar	ØH-konsultasjonar	Operasjonar	Liggedøgn
2018 (jan-okt)	3 576	1 113	689	3 684
2019 (jan-okt)	3 816	1 184	641	3 376
2020 (jan-okt)	3 588	1 245	532	2 648
2021 (jan-okt)	4 163	1 399	628	3 334
2022 (jan-okt)	4 236	1 376	615	3 247
2023 (jan-okt)	4 310	1 460	629	3 231
2024 (jan-okt)	4 383	1 212	583	1 773
2025 (jan-okt)	4 956	1 320	609	1 144

Tabell 10 - Aktivitetsoversikt Lærdal

Tal operasjonar for innsetting av kneprotesar er redusert i perioden 2018-2025. Hovudårsaka er at Helse Førde har ønskt å fokusere på eigne pasientar, og kirurgisk kapasitet til å handtere eigne ventande pasientar. Nedgangen frå 2024 til 2025 (også januar-oktober) er på 29 operasjonar. Det var operert 24 færre pasientar frå resten av Helse Vest og frå landet elles, og fem færre frå Helse

Førde sitt område. Gjennomsnitt innsetting kneprotesar til pasientar frå Helse Førde sitt område i perioden 2018 til 2025 er 146,5.



Figur 7 - Kneprotese - utvikling Lærdal sjukehus

3.3.6. Personell

Ortopedisk og medisinsk seksjon i Lærdal har felles leiar, og det har også medisinsk og ortopedisk poliklinikk. Det er egne leiarar på sengepostane ortopedi og medisin og for fysioterapitenester. Mange av sjukepleiarane har kombinerte stillingar og arbeider i begge seksjonane, og både på poliklinikkar og sengepost, noko som har sikra ein brei fagkompetanse.

Det var 30,7 brutto månadsverk, fordelt på 44 tilsette, ved Ortopedisk avdeling ved Lærdal sjukehus i oktober 2025.

	Brutto månadsverk	Tal tilsette
Ortopedi felles (seksjonsleiar Lærdal)	0,5	1
Ortopedi sengepost Lærdal	12,3	21
Ortopedi poliklinikk Lærdal	5,0	7
Ortopedi rehabilitering Lærdal (inkludert turnusfysio)	4,0	4
Ortopedi legar Lærdal	9,4	12
Sum	31,2	45

Tabell 11 - Lærdal sjukehus (ortopedi), brutto månadsverk oktober 2025

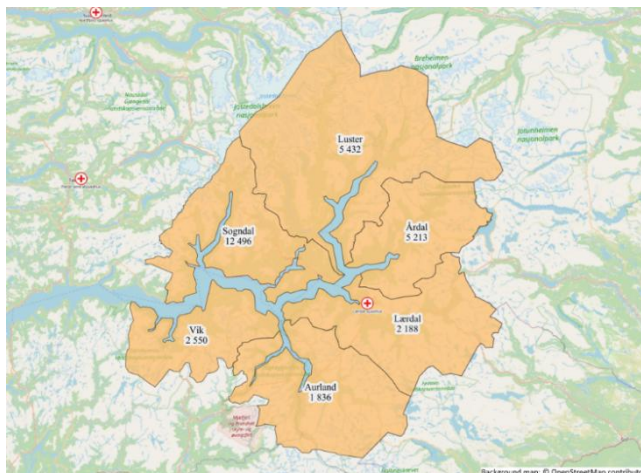
Kapasiteten ved Avdeling for anestesi, intensiv og operasjon i Lærdal er i stor grad retta inn mot aktiviteten ved ortopedien, og har følgjande tal månadsverk og tilsette:

	Brutto månadsverk	Tal tilsette
Operasjon Lærdal	6,2	7
Anestesi Lærdal	3,0	3
AIO legar Lærdal	2,0	12
Sum	11,2	22

Tabell 12 - Lærdal sjukehus (AIO), brutto månadsverk oktober 2025

3.3.7. Pasientgrunnlag/nedslagsfelt

Lokalsjukehusområdet til Lærdal har 29 715 (2024) innbyggjarar (26,9 % av Helse Førde) og er sett saman av kommunane Sogndal, Luster, Årdal, Lærdal, Aurland og Vik. Alle desse kommunane brukar Lærdal sjukehus i større grad enn til dømes Førde sentralsjukehus. I 2024 var det 6 006 konsultasjonar innanfor ortopedi med pasientar frå desse kommunane. 4 400 av desse skjedde på Lærdal sjukehus.



Spesialiseringa innan knekirurgi førte til at sjukehuset hadde pasientar frå resten av Helse Førde, Helse Vest og resten av landet frå tidleg 2000-tal. Talet pasientar utanfrå Helse Vest er sterkt redusert dei siste to åra. Helse Førde har stoppa inntaket av gjestepasientar på grunn av ventelister til ortopedien i føretaket. Framleis er det pasientar frå resten av Helse Vest som får utført operasjonar i Lærdal.

3.3.8. Økonomi ortopedisk avdeling Lærdal

Lærdal	Eining	Prognose 2025
Inntekt	Ortopedi legar Lærdal	-3 724
Inntekt	Ortopedi poliklinikk Lærdal	-7 478
Inntekt	Ortopedi sengepost Lærdal	-14 954
Sum inntekt		-26 157
Varekost og helsetenester	Ortopedi legar Lærdal	8 534
Varekost og helsetenester	Ortopedi poliklinikk Lærdal	442
Varekost og helsetenester	Ortopedi rehabilitering Lærdal	1
Varekost og helsetenester	Ortopedi sengepost Lærdal	289
Sum varekost og helsetenester		9 265
Løn- og personalkostnader	Ortopedi legar Lærdal	16 645
Løn- og personalkostnader	Ortopedi poliklinikk Lærdal	4 119
Løn- og personalkostnader	Ortopedi rehabilitering Lærdal	3 143
Løn- og personalkostnader	Ortopedi sengepost Lærdal	10 220
Sum løn- og personalkostnader		34 126
Øvrige kostnader	Ortopedi legar Lærdal	301
Øvrige kostnader	Ortopedi poliklinikk Lærdal	141
Øvrige kostnader	Ortopedi rehabilitering Lærdal	21
Øvrige kostnader	Ortopedi sengepost Lærdal	91
Sum øvrige kostnader		554
Totalt		17 788

Tabell 13 - Lærdal sjukehus (Ortopedisk avdeling, økonomisk prognose 2025)

Tabellen syner prognose 2025 for kostnadsstadar under ortopedisk avdeling. Prognosen er basert på resultatet per oktober og framskrivingar ut året.

Aktiviteten til ortopedisk avdeling påverkar også resultatet til støtteeiningar som operasjon, anestesi, laboratorietenester, reinhald og vedlikehald.

3.4. Nordfjord sjukehus - dagens ortopediske aktivitet

Den ortopediske aktiviteten ved Nordfjord sjukehus er planlagde polikliniske konsultasjonar, konsultasjonar knytt til øyeblikkeleg hjelp på skadepoliklinikken og dagkirurgiske operasjonar.

Aktiviteten fordelte seg slik i 2024:

Planlagde konsultasjonar	ØH-konsultasjonar	Dagkirurgiske operasjonar
1409	1493	164

Tabell 14 - Nordfjord sjukehus (Ortopedisk avdeling), aktivitet 2024

3.4.1. Planlagd poliklinisk aktivitet

Nordfjord hadde 1409 planlagde polikliniske konsultasjonar i 2024. Den største gruppa er kontrollar av pasientar frå Nordfjord som har vore til behandling eller operasjonar tidlegare i forløpet. Nokre pasientar er også til utgreiing i forkant av behandling og operasjon.

Dei aller fleste konsultasjonane vert gjennomførte av ortopedane som driv skadepoliklinikken.

3.4.2. Skadepoliklinikk og rolle i dagens akuttberedskap

Skadepoliklinikken er bemanna 24/7 heile veka, og tilbodet er basert på ein stafett med svenske ortopedspesialistar. Hovudføremålet er å behandle og gjennomføre kontrollar av lette og moderate skadar lokalt, for å spare pasientar og pårørande for ein lengre reiseveg til Førde.

På dagtid er legane på sjukehuset og har også kontrollpasientar, medan dei elles i døgnet har bakvakt og kjem til sjukehuset ved behov.

I 2024 var det 1493 ØH-konsultasjonar knytt til ortopedi ved Nordfjord sjukehus. Dei fleste pasientane kom frå Stad, Stryn og Gloppen. Dei hadde også nesten 200 pasientar frå resten av vestlandet, Noreg eller utlandet.

Den største gruppa av pasientar vert behandla mellom klokka 0800 og 1600 måndag til fredag. Aktiviteten går ned utover kvelden, og er relativt låg om natta. Dette er det same biletet som på dei andre sjukehusa.

Figuren under syner flyten som skal følgjast ved akutte hendingar på skadepoliklinikken i Nordfjord. Dei lette og moderate skadane skal handterast der, medan dei alvorlege skal vidare til Førde sentralsjukehus eller Haukeland universitetssjukehus.



Figur 8 - Nordfjord sjukehus - Pasientflyt akutte skader/hendingar

3.4.3. Operasjonsaktivitet

Den dagkirurgiske eininga ved Nordfjord sjukehus har 60 operasjonsdagar i året. 30 av desse operasjonsdagane vert nytta til augekirurgi og 30 operasjonsdagar til hovudsakleg ortopedi og kirurgi. I 2024 vart det gjennomført 164 dagkirurgiske operasjonar innan ortopedi. I all hovudsak kikkholsooperasjonar i kne og skulder, men også eit lågare tal fotoperasjonar.

Alle operasjonane er i utgangspunktet planlagde, også for pasientar utan større komorbiditet (fleire sjukdomar/lidingar). Traume og alvorlege skadar vert sende til Førde. Ortopedar og anna personell ambulerer frå Førde og Lærdal for å gjennomføre aktiviteten. Ved inngrepa vert dei assistert av anestesilege, som elles har akuttmedisinsk beredskap ved sjukehuset, og anesthesi- og operasjonssjukepleiar som elles arbeider i Medisinsk avdeling.

Pasientane kjem frå heile fylket, men i hovudsak Sunnfjord og Nordfjord.

3.4.4. Personell

Det vart brukt 1,8 brutto månadsverk legeressursar ved Ortopedi poliklinikk Nordfjord i oktober 2025. Årsaka til det høge talet tilsette er at poliklinikken er bemanna av legar som ambulerer ei veke kvar, og i løpet av eit år utgjer dette rundt 1,8 årsverk målt i arbeidstid. Det er 13 legar som er registrert med eit stillingsforhold på denne poliklinikken.

	Brutto månadsverk	Tal tilsette
Ortopedi poliklinikk Nordfjord	1,8	13
Sum	1,8	13

Tabell 15 - Nordfjord sjukehus, Ortopedi poliklinikk - brutto månadsverk pr. oktober 2025

	Brutto månadsverk	Tal tilsette
AIO legar Nordfjord	2,0	22
Dagkirurgisk senter Nordfjord	2,4	11
Sum	4,4	33,0

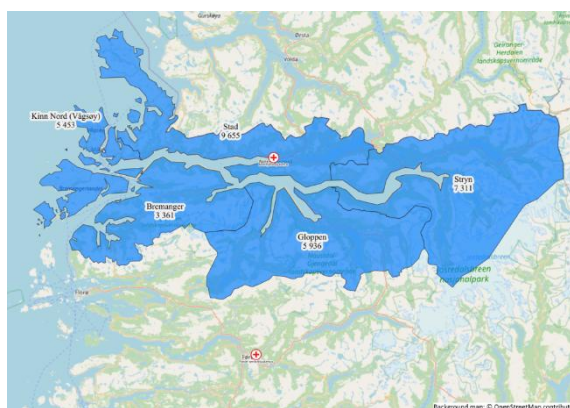
Tabell 16 - Nordfjord sjukehus, AIO - brutto månadsverk pr. oktober 2025

Sjukepleieressursane ved poliklinikken, er ikkje med i tabellen over. Desse tenestene vert ytt av personale ved medisinsk poliklinikk i sjukehuset og utgjorde eit månadsverk i oktober.

3.4.5. Pasientgrunnlag/nedslagsfelt

Nedslagsfeltet til Nordfjord sjukehus er kommunane Stad, Stryn, Bremanger og Gloppen, og dei nordlegaste delane av Kinn.

Nordfjordområdet har 31 716 innbyggjarar (2024), som er 30% av Helse Førde.



3.4.6. Økonomi ortopedisk avdeling Nordfjord

Nordfjord	Eining	Prognose 2025
Inntekt	Ortopedi dagkirurgi Nordfjord	-2 051
Inntekt	Ortopedi poliklinikk Nordfjord	-3 355
Sum inntekt		-5 406
Varekost og helsetenester	Ortopedi dagkirurgi Nordfjord	2
Varekost og helsetenester	Ortopedi poliklinikk Nordfjord	111
Sum varekost og helsetenester		113
Løn- og personalkostnader	Ortopedi poliklinikk Nordfjord	5 768
Sum løn- og personalkostnader		5 768
Øvrige kostnader	Ortopedi dagkirurgi Nordfjord	2
Øvrige kostnader	Ortopedi poliklinikk Nordfjord	43
Sum øvrige kostnader		45
Totalt		521

Tabell 17 - Nordfjord sjukehus (ortopedi) - økonomisk prognose 2025

Tabellen syner prognose 2025 for kostnadsstadar under ortopedisk avdeling. Prognosen er basert på resultatet per oktober og framskrivingar ut året.

Aktiviteten til ortopedisk avdeling påverkar også resultatet til støtteeininger som operasjon, anestesi, laboratorietenester, reinhald og vedlikehald.

4. Analyse pasientgrunnlag

Tiltaket handlar om å samle all ortopedisk aktivitet ved Førde sentralsjukehus og avvikle den ortopediske verksemda ved Lærdal sjukehus, samt skadepoliklinikkane ved Nordfjord og Lærdal sjukehus. Målet er å sikre betre ressursutnytting og oppnå økonomiske innsparingar, samtidig som ein legg til rette for tilpassa, robuste og framtidsretta tenester.

Arbeidet har teke utgangspunkt i aktiviteten i 2024:

Sjukehus	Planlagde konsultasjonar	ØH-konsultasjonar	Operasjonar	Liggedøgn
Førde	10022	3586	1534	7343
Lærdal	5374	1432	719	2026
Nordfjord	1409	1493	164	
Totalt	16805	6511	2417	9369

Tabell 18 - Helse Førde, ortopedisk aktivitet 2024

Prosjektet har vurdert fleire forhold:

1. Kva krevst av areal, utstyr og personale ved Førde sentralsjukehus for å flytte 2024-aktiviteten, med kjente større og varige endringar i 2025, til Førde sentralsjukehus.
2. Kva endringar som vil påverke aktiviteten framover i tid, og ha konsekvensar for behov når det gjeld areal, utstyr og personale.

I tillegg er det vurdert om det er verkemiddel som reduserer konsekvensane av å flytte all aktivitet, samstundes som måla knytt til robuste fagmiljø og økonomiske gevinstar vert oppnådde.

Oppdraget er tolka slik at all aktivitet i Ortopedisk avdeling må gjennomgåast og vurderast, ikkje berre det som skal flyttast til Førde.

4.1. Faktorar som vil påverke grunnlaget framover

Tal konsultasjonar, operasjonar og liggedøgn innan eit fagområde vil alltid endre seg over tid, grunna til dømes endringar i demografi, behandlingsformer, endra pasientforløp, tilgang på kompetanse og andre faktorar.

Prosjekta har vurdert og innhenta kunnskap om tre aktuelle område:

- Behovsframskrivingar knytt til endra demografi
- Uønskt variasjon
- Auka digitalisering

Dette er faktorar som vil påverke framtidig dimensjonering uavhengig av lokalisering.

4.2. Behovsframskrivingar

Helsevesenet har i fleire år vore kjent med utfordringane som vil kome med ein aldrande folkesetnad. Helse Vest har laga ein rapport for framskriving av aktivitet på pasientgruppa til

ortopedisk avdeling. Rapporten bygger på nasjonal modell for framskriving av aktivitet i spesialisthelsetenesta, og syner slik utvikling når det gjeld behov for polikliniske konsultasjonar og liggedøgn:

Endring målt mot 2024	2024	2030	2035	2040
Polikliniske konsultasjonar (tal)	23 316	+699	+933	+1 166
Polikliniske konsultasjonar (%)		3 %	4 %	5 %
Liggedøgn (tal)	9 369	+468	+656	+843
Liggedøgn (%)		5 %	7 %	9 %

Tabell 19 - Helse Førde - Behovsframskrivingar

I forklaringa til rapporten vert det understreka at framskrivingane synleggjer eit mogleg utfall. Modellen tek i liten grad omsyn til korleis nye medikament, nye behandlingsmetodar, teknologi eller andre endringar i tenestene kan påverke tala.

4.3. Uønskt variasjon

Uønskt variasjon har vore eit tema i spesialisthelsetenesta gjennom fleire år. Då det vart løfta opp som ein av topp-5-risikoar i Helse Vest var ortopedi eitt av to tema det vart sett søkjelys på.

Med hjelp frå Samhandlingsbarometeret og Helseatlas har prosjektet samanlikna Helse Førde sine operasjonsratar (bruk av utvalde prosedyrekodar pr. 100.000 innbyggjarar - 18 år og eldre – justert for kjønn og alder) for fire ortopediske inngrep, med andre helseføretak i 2024. Tala er baserte på personar som har bustadadresse i Helse Førde sitt område, uansett kvar dei er opererte. Dei fire er valde fordi det er dei som har størst volum. Desse operasjonane vert utførte både i Lærdal og i Førde.

- **Kneartroskopi (kikholsooperasjon i kne):** Helse Førde har ein rate på 303,3 mot nasjonal rate på 150,5, som betyr at føretaket ligg 101 % over landsgjennomsnittet. Det vart utført 252 operasjonar i 2024. Med nasjonal rate ville talet blitt halvert til 125 operasjonar, som er 127 færre enn det faktiske talet i 2024.
- **Kneprotesar:** Helse Førde har ein rate på 273,8 mot nasjonal rate på 203,1, som betyr at føretaket ligg 35 % over landsgjennomsnittet. Det vart utført 260 operasjonar i 2024. Med nasjonal rate ville talet blitt redusert til 193 operasjonar, som er 67 færre enn det faktiske talet i 2024.
- **Skulderartroskopi (kikholsooperasjon i skulder):** Helse Førde har ein rate på 265,8 mot nasjonal rate på 145,5, som betyr at føretaket ligg 83% over landsgjennomsnittet. Det vart utført 230 operasjonar i 2024. Med nasjonal rate ville talet blitt redusert til 126 operasjonar, som er 104 færre enn det faktiske talet i 2024.
- **Hofteprotesar:** Her er Helse Førde litt under med ein rate på 343,7 mot 351,6 nasjonalt, og 339 operasjonar utført. Føretaket ville hatt 10 fleire operasjonar, om talet låg på gjennomsnittet. Det betyr omtrent 2 % under nasjonal gjennomsnittsrate.

Kikholsooperasjonar i kne og skulder er som oftast dagkirurgi. Dersom Helse Førde hadde lege på gjennomsnittet for desse operasjonane, så hadde tal dagkirurgiske inngrep kunne vore redusert med om lag 230.

Pasientar som får sett inn av kneprotesar vert lagt inn på sengepost i 2-3 døgn i etterkant av operasjonen. Dersom Helse Førde hadde lege på gjennomsnittet når det gjeld kneprotesar så kunne talet på liggedøgn vore redusert med om lag 200.

Reduksjon i variasjon, i eit omfang som vist over, vil utgjere 70 operasjonsdagar for eitt team ved Førde sentralsjukehus. Reduksjonen vil også føre til færre kontrollar i etterkant av operasjon.

4.4. Auka digitalisering

Dei mest aktuelle formene for digitalisering/digitale helsetenester innan ortopedi er:

- Video og telefonkonsultasjonar – brukt både ved utgreiing og kontrollar etter behandling
- Behovsstyrt oppfølging ved bruk av skjema – brukt i etterkant av behandling/operasjonar
- Kartleggingsskjema – brukt til dømes før vurderingspoliklinikk
- E-læring – brukt i ulike delar av forløpet

Desse tenestene vil både frigje kapasitet hos behandlarar slik at dei som verkeleg har behov får hjelp, og samtidig sikre at pasientar unngår unødvendige reiser til å frå sjukehus. Innføringa krev at heile det aktuelle pasientforløpet vert gjennomgått og at alle involverte på sjukehuset, både merkantile og behandlarar, har klart definerte arbeidsoppgåver. Det er avgjerande at logistikken fungerer på ein god måte og at alle dei aktuelle pasientane vert inkluderte.

Ortopedisk avdeling har behovsstyrt oppfølging gjennom skjema etter operasjonar av handleddsbrot, operasjonar i skulder og innsetting av hofteproteser. Ved innføringa vart forløpa gjennomgått, kontrollar og radiologiske undersøkingar vart reduserte/tekne vekk, og det var innført behovsstyrt oppfølging på resterande kontrollar.

I prosjektet er det identifisert om lag 1500 kontrollar for pasientar med lidingar innan skulder, hofte, handledd, kne, fot, ankel og rygg som kan vere eigna for behovsstyrt oppfølging. Frå før er om lag 200 av desse inkluderte i ordninga. Helse Førde har i haust inngått avtale med Stavanger universitetssjukehus om å nytte deira system for oppfølging etter handleddsbrot og ankelbrot, og har plan om å innføre, og forbetre eksisterande behovsstyrt oppfølging, for fleire av dei andre tilstandane som er nemnt over.

Helse Førde har allereie størst del telefon- og videokonsultasjonar innan ortopedi i Helse Vest. Basert på erfaring kan telefonkontrollar og telefonkonsultasjonar unngåast ved bruk av behovsstyrt oppfølging.

Kartleggingsskjema før utgreiing er ikkje i bruk, og heller ikkje systematisk bruk av E-læringsløysingar i for- og/eller etterkant av behandling. Avdelinga sender ut QR-kode til pasientar i forkant av operasjon, slik at dei lett finn veg til nettsider med viktig informasjon om kva som skjer før, under og etter operasjon.

Det er ikkje mogeleg å fastslå nøyaktig kor mange konsultasjonar/kontrollar som kan takast vekk ved innføring av behovsstyrt oppfølging. Eksempel frå andre føretak viser reduksjon på opptil 60/70% av kontrollar etter kirurgiske inngrep, men det kan vere knytt til forløp der det var svært mange kontrollar frå før av.

4.5. Vurdert framtidig behov etter gjennomgang

Behovsframskrivinga fram til 2030 gjev om lag tre fleire pasientar på poliklinikk og om lag to fleire liggedøgn, kvar dag. Veksten vidare fram til 2040 er heller ikkje spesielt stor.

Endringar i pasientforløp, med redusert uønskt variasjon og auka digitalisering, bør føre til ein reduksjon i tal liggedøgn og polikliniske konsultasjonar som utliknar ein slik vekst.

Men det krev nye rutinar og omlegging av arbeidsmetodar og forløp.

Det er prosjektet si vurdering at desse forholda, samla sett, indikerer om lag same aktivitetsnivå framover.

5. Framtidig driftsmodell og kapasitetsbehov

Målet med prosjektet er å sikre betre ressursutnytting og oppnå økonomiske innsparingar, samtidig som ein legg til rette for tilpassa, robuste og framtidretta tenester. I prosjektarbeidet er det vurdert kva kapasitet som må byggast opp i Førde for å flytte all aktivitet dit. Kapasitetsoppbygginga handlar i all hovudsak om areal og personell. Dette vert gjort greie for i punkt 5.1 under.

Prosjektet har også sett på kva Helse Førde kan tilby pasientar i områda til lokalsjukehusa Lærdal og Nordfjord, samstundes som mål om ressursutnytting, innsparingar og tilpassa, robuste og framtidretta tenester vert innfridd. Det er gjort greie for i kapittel 6 «Konsekvensreducerande verkemiddel innanfor handlingsrommet til prosjektet». Det er delte meiningar i prosjektgruppa om desse verkemiddela, og det er viktig at dei vert grundig utgreidde viss det er aktuelt å gå vidare etter eit eventuelt vedtak om samanslåing.

Konsekvensar av flytting er gjort greie for i kapittel 7. Der er det også vurdert kva dei konsekvensreducerande verkemidla kan bety. Viser også til kapittel 9 om risikovurdering og svar på mandatet sitt vedlegg 1 «Prosjektet skal svare på følgjande punkt».

5.1. Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

I analyse av pasientgrunnlag er det retta merksemd mot tre område som er særskilt viktige når det gjeld dimensjoneringa av den ortopediske aktiviteten framover:

- Behovsframskrivingar utifrå demografi
- Reduksjon i uønskt variasjon
- Auka digitalisering

Samla sett kan desse endringane utlikne kvarandre. Behovsframskrivingane indikerer ein auke over tid, men det er ikkje snakk om store endringar. Reduksjon i uønskt variasjon og auka digitalisering vil krevje endringar i forløp og arbeidsmetodar som kan ta noko tid. I løpet av eitt til to år bør det vere mogeleg å redusere tal liggedøgn og tal planlagde konsultasjonar.

Driftsmodellen som vert gjort greie for under, syner kva som skal til for å vere sikker på at all aktivitet, utanom dagkirurgien i Nordfjord, kan flyttast til Førde. Etter eit eventuelt vedtak må dette detaljerast.

5.1.1. Poliklinisk areal og skadepoliklinikk

Poliklinikken i Førde har vurdert kva dei må ha av undersøkningsrom og personell for å ta i mot alle pasientane som går til Lærdal og Nordfjord i dag – både planlagde konsultasjonar og ØH-pasientar til skadepoliklinikken.

Det skisserte behovet er fire undersøkningsrom; eitt til ØH-pasientar, eitt til kontrollpasientar og to til planlagde utgreiingar/sjukepleiepoliklinikk.

Poliklinikken meiner dei må ha på plass følgjande personale:

- 1,5 overlege
- 2,0 LIS1 (turnuslege)
- 2,5 sjukepleiar

Til saman var det 9 708 polikliniske konsultasjonar i Lærdal og på Nordfjordeid i 2024, og om lag 2 800 av desse var øyeblikkeleg hjelp. Dei aller fleste konsultasjonane - både ØH og planlagde - skjer på dagtid måndag til fredag.

Med full drift 220 dagar i året og 12 konsultasjonar pr lege, vil 1,5 overlegar og 2,0 LIS legar kunne gjennomføre om lag 9 200 konsultasjonar i året. Ein grunnleggjande føresetnad for dette er at sjukepleieressursane er på plass, og at det også vert drive tverrfagleg poliklinikk i samarbeid med fysioterapeut/ergoterapeut på utvalde dagar.

Dei resterande konsultasjonane, med utgangspunkt i 2024-tala, er venta å kome på kveld, natt og helg og kan handterast av eksisterande personale. Grunna lengre reiseveg vil nokre ØH-pasientar kome seinare til Førde enn dei gjer til lokalsjukehusa i dag, men vi legg til grunn at dette blir handtert innanfor etablert vaktberedskap.

5.1.2. Operasjonskapasitet

Avdeling for anestesi, intensiv og operasjon (AIO) har gått gjennom aktiviteten i Lærdal for 2024 og 2025 og vurdert behov for areal og personell i Førde. Aktiviteten som deira personell skal utføre er anestesitilsyn, preoperativ førebuing på operasjonsdagen, peroperativ aktivitet for anestesi og operasjonspersonale, postoperativ overvaking og nødvendig arbeid på sterilsentral (reingjering og klargjering av utstyr).

I gjennomgangen er det lagt til grunn at det skal gjennomførast tre protesar, eller andre store inngrep, i 142 dagar i løpet av året. Til saman 426 store operasjonar. I tillegg er det lagt til grunn 5-6 dagkirurgiske operasjonar i 58 dagar. Til saman 348 dagkirurgiske inngrep.

Det er mogeleg å få plass til all denne aktiviteten i den nye operasjonsavdelinga. 50-100 av inngrepa som vert utført på operasjonsavdelinga i Lærdal i dag, kan flyttast til poliklinikken i Førde, som igjen frigjer kapasitet på operasjonsavdelinga. Det gjeld til dømes injeksjonar i hofte og mindre inngrep i hand og fot.

Aktiviteten frå Lærdal vil krevje ei operasjonsstove og følgjande personell 200 dagar i året:

- 1 ortoped
- 1 sjukepleiar til pre- og postoperativ
- 1 anestesilege
- 1,5 anestesisjukepleiarar
- 3 operasjonssjukepleiarar
- 1 Sterilteknikar
- 0,6 operasjonsplanleggar

I desse tala er det ikkje lagt inn føresetnad om endring i uønskt variasjon.

5.1.3. Sengepost

Ortopedisk sengepost har vurdert tal opphald og liggedøgn i Lærdal, både for 2024 og 2025. Det vil vere behov for å auka tal senger på kvardagane (5-døgnspost), og ein føreset at desse sengene vert i tett tilslutting til eksisterande avdeling i 7. etasje (ressurseffektivt). I denne etasjen i Svanabygget held også Pasienthotellet til og det er ortopedisk sengepost som har ansvar der på kveld, natt og helg.

Det finst ulike løysingar på korleis ein kan etablere fleire ortopediske senger i Førde sentralsjukehus, og her må ein som ein del av ei ev. arealmessig omstilling finne den løysinga som er mest tenleg for sentralsjukehuset samla.

Sengeposten har rekna ut at dei treng 3,6 årsverk med åtte sengeplassar. Det er behov for to sjukepleiarar på vakt på dag- og kveldstid, og ein sjukepleiar på natt, når posten har pasientar. Det er også behov for ei halv legestilling til postansvar.

Årsaka til at dei vil klare seg med ei nattevakt er at det frå før av er fire nattevakter på dagens sengepost. Dei legg til grunn at ØH-pasientar frå Lærdal og Nordfjord får plass på dagens sengepost i Førde.

Oppsummert vil den auka aktiviteten på sengepost føre til følgjande behov for personell.

- 4,7 sjukepleiar
- 0,5 ortoped
- 1,0 fysioterapeut

5.1.4. Kompetansebehov

Førde sentralsjukehus har i all hovudsak den kompetansen som krevst, dersom aktiviteten i Nordfjord og Lærdal vert flytta til Førde. Førde driftar funksjonane poliklinikk, sengepost og operasjon med anestesi og oppvakning, som også Lærdal gjer i dag, og ØH-poliklinikk til liks med Lærdal og Nordfjord.

Lærdal har ortopedar med ein kompetanse som Førde-miljøet pr. i dag ikkje har. Den er knytt til innsetting av enkelte typar protesar, og kneproteserevisjonar.

5.1.5. Medisinsk-teknisk og anna utstyr

Ved ei samling av operasjonsaktiviteten kan ortopedi- og operasjonsutstyr som artroskopiutstyr, C-boge, drill/sag, mobile operasjonsbord og anestesiapparat flyttast til Førde. Det vil gje eit

redusert investeringsbehov på 4–5 millionar kroner. Utstyret har ulik alder og den aktuelle reinvesteringa vil bli delt på fleire år framover.

Drifta for Medisin-teknisk avdeling i Helse Førde vert uendra. Dette utstyret krev mindre vedlikehald og mest ad-hoc tilkallingar, samt koordineringsarbeid mot leverandør. Ved behov kan tilsett ved Medisin-teknisk avdeling i Lærdal avlaste Førde, då daglege transportruter kan nyttast.

Dei to autoklavane, som vert brukte til å sterilisere utstyr, i Lærdal er gamle og har driftsutfordringar. Ved ei samling av operasjonsaktiviteten i Førde vil eit framtidig investeringsbehov på til saman 2,6 millionar kroner falle vekk.

5.1.6. Arealdisponeringar

Drift og eigedom har vurdert behovet som Ortopedisk avdeling og Avdeling for anestesi, intensiv og operasjon har skissert for kva dei treng av areal i Førde sentralsjukehus. Tilbakemeldinga er at det er mogeleg å etablere tenestene i Førde sentralsjukehus.

Drift og eigedom har sett av to fire-mannsrom i 7. etasje i Svana. Dei kan nyttast av ortopedisk avdeling, i kombinasjon med sengene avdelingane har i 7. etasje i Liva. Det betyr at behovet ved ei samling kan dekkast. Om det er akkurat desse sengene som skal nyttast, eller om det er andre arealmessige disponeringar som skal gjerast, må bli resultat av ein innføringsprosess etter eit eventuelt vedtak.

Når det gjeld behov for tre, kanskje fire, konsultasjonsrom i poliklinikken i Svana, så er også det mogeleg å få til. Etter innflytting i Liva-bygget har det stått ledige rom i poliklinikkane i Svana. Eit eige prosjekt er i gang med å utgreie bruken av desse, og er informert om behovet til ortopediprojektet.

Ny operasjonsavdeling med tilgang til 10 operasjonsstover har kapasitet til å handtere den auka operasjonsaktiviteten. Det er også etablert ny oppvakningseining og dagkirurgisk senter med tilstrekkeleg oppvåkingskapasitet.

Det er ikkje behov for investeringsmidlar til areal for sengepost, poliklinikk og operasjonar, opplyser Drift og eigedom.

5.2. Radiologiske tenester på lokalsjukehusa

Sjølv ved ei samling av den ortopediske aktiviteten i Førde så er det naturleg at ein del pasientar frå Nordfjord og indre Sogn framleis får radiologiske tenester ved lokalsjukehusa. Dette gjeld både planlagde undersøkingar og ØH-pasientar.

ØH-pasientar i denne samanheng er i alle hovudsak dei med lette og moderate skadar. Dei vil vere tilviste frå legevakt og/eller fastlege og kan ofte kome til sjukehus ved eiga hjelp, eller ved hjelp av pårørande. I nokre tilfelle kan det også kome inn alvorlegare skadar, til dømes ved hjelp av ambulanse.

I prosjektet har det vore stilt spørsmål til kven som har ansvar for ØH-pasientane etter at det er teke radiologisk undersøking og dagens skadepoliklinikk ikkje er til stades på sjukehuset. Her må det etablerast gode rutinar og pasientflytar i forkant av ei eventuell endring.

5.3. Pasientreiser

Prosjektet har gjort ein detaljert gjennomgang med utgangspunkt i kommunesenteret til alle pasientane som brukte tilboda ved Nordfjord og Lærdal i 2024, og som er aktuelle å flytte til Førde. Gjennomgangen viser at føretaket vil kunne få ein auka kostnad på 1,9 millionar kroner med utgangspunkt i ein standardsats på 3,1 kroner og ein eigendel tur/retur på 342 kroner.

Estimert endring pasientreiser	Beløp
Kostnader med aktivitet 2024 sentralisert til Førde	4 940 540
Kostnader med aktivitet fordelt på sjukehusa som i 2024	3 023 208
Differanse	1 917 332

Tabell 20 - Pasientreiser - endring basert på 2024 aktivitet

Sidan tal taxirekvisisjonar knytt til ortopedisk avdeling i Lærdal og Nordfjord er relativt lågt, og at moglegheitene for samkøyring truleg aukar frå Førde, vert det ikkje lagt inn noko forventta auke i kostnader knytt til reiser med taxi. Det er heller ikkje rekna inn bompengar og ferjeturar. Delvis fordi det vert eit svært komplisert reknestykke, og delvis fordi det også med dagens struktur er mange ferjeturar.

Tala i tabellen over må sjåast som eit estimat for å synleggjere nokre storleikar. Det vert kontinuerleg arbeid for å redusere unødvendige kontrollar og å auke digitalisering. I 2024 var 7,3% av konsultasjonane på telefon og video og kunne vore tekne ut av reknestykket. Så langt i år har talet auka til 10,4% i ortopedisk avdeling. Fokus på å få redusert tal røntgenundersøkingar, meir vekt på konservativ behandling og redusert variasjon er også verkemiddel som trekkjer i retning av færre reiser.

Samla legg prosjektet til grunn eit grovt anslag på mellom 0,5 og 1,5 millionar kroner i auka pasientreiser. Sjå [vedlegg](#)

5.4. Ambulanseteneste

Det er krevjande å framstille ambulanseforbruk og aktivitet fordelt ned på fagområde og avdeling i sjukehus på ein fullstendig måte. I rapporten legg vi til grunn at oppdrag kategorisert på problemgruppe «traumer/skader» vil gi eit relevant bilde på aktiviteten. Talgrunnlaget er henta frå 2024, frå Bliksund EWA, som er journalsystemet i prehospital avdeling.

I all hovudsak er ambulanseaktiviteten knytt til indremedisinske tilstandar. Problemgruppe »traumer/skader med ambulanse inn til Nordjord legevakt utgjorde i 2024 ca. 11% og tilsvarende til Sogn LMS 29%.

Frå Sogn LMS og LSH Ortopedi til Førde sentralsjukehus var det i snitt tre ambulanseoppdrag pr. mnd. (2024), medan det i frå NSH tilsvarende var gjennomsnittleg 16,75 oppdrag pr. mnd. (2023). Vidare ser vi at det i snitt gjekk 1 oppdrag i mnd. frå Sogn LMS/LSH ortopedi til Voss sjukehus.

Luster og Sogndal har i 2024 i overkant av 12 oppdrag/mnd. til Førde sentralsjukehus, noko som kan indikere at pasientar i ambulanse allereie i stor grad vert sendt direkte til Førde sentralsjukehus. Frå Luster og Sogndal er det to oppdrag / månad til Lærdal. Då Lærdal berre tar

i mot lette og moderate skader er det rimeleg å anta at meir alvorlege skadar vert sendt direkte til Førde. Aktivitetstal viser og at ekstremitetsskadar utgjer den største kategorien av «traumer/skader» som nyttar ambulanse.

Dei alvorlege skadane vert alt i dag transportert til Førde sentralsjukehus eller Haukeland Universitetssjukehus. Høgst ambulanseaktivitet til Førde sentralsjukehus ser vi er frå Sogndal og Luster og frå Nordsida av Nordfjorden. Det er lite som indikerer at ambulanseaktiviteten vil auke vesentleg som følge av samling av ortopedi og skadepoliklinikktilbodet ved Førde sentralsjukehus.

Ambulanseaktiviteten er samla høgast på dagtid, i sum av planlagt og ØH-opppdrag. Oppdrag med problemgruppe traumer/skade, følger same trend, og auka transportdistanse vil kome på toppen. Ambulanseberedskapen er mest sårbar på kveld og natt (reduert tal ambulanse på vakt samt passiv vakt). Ut frå aktivitetsdata på skadepoliklinikken i Nordfjord og Lærdal er tal pasientar på kveld og natt lågt, noko som og indikerer at belastninga på ambulansenesta vil vere tilsvarende låg.

Sjølv ei mindre auke i tal oppdrag, kan likevel påverke beredskapen og kapasiteten i både Nordfjord- og Lærdalsområdet.

5.5. Økonomisk drift ved samling i Førde

I dei økonomiske berekningane er det teke utgangspunkt i kostnader knytt til drifta av ortopedisk avdeling i Lærdal og Nordfjord og kva ressursar som krevst for å vidareføre aktiviteten i Førde.

Det er berre teke utgangspunkt i kostnader som er direkte knytt til pasientbehandlinga. Endringa vil truleg også få følgjer for støttetenester som reinhald, laboratorietenester og liknande, men i berekningane vert det føresett at auken i kostnader i Førde vert utjamna med reduserte kostnader i Lærdal.

Prognosen for løn og personalkostnadene i Lærdal og i Nordfjord i 2025 er på 49 millionar kroner:

Løn- og personalkostnader Lærdal og Nordfjord	Beløp
Prognose løn- og personalkostnader Lærdal og Nordfjord 2025	48 995
Korreksjon feil lønskostnad på ortopedisk sengepost Lærdal i januar	-400
30% stilling på ortopedisk poliklinikk LSH som er knytt til kirurgi og gynekologi	260
Arbeidstid og ambuleringstillegg som er ført på ortopedi legar Førde	3 100
Leiarstilling på ortopedisk poliklinikk som er felles med medisinsk poliklinikk	-1 031
Sjukepleiarstilling som er tilknytt skadepoliklinikk på medisinsk poliklinikk NSH	939
Overføring av kostnader vakt LIS 1 til medisin Lærdal	-1 601
Fysioterapistilling i Lærdal til oppgåver på medisin	-1 053
Sum	48 690

Tabell 21 - Løn- og personalkostnader Lærdal

Tabellen under viser behov for brutto månadsverk og tilhøyrande lønskostnader som krevst for å gjennomføre 200 operasjonsdagar med tilhøyrande sengepost-aktivitet, og den polikliniske aktiviteten som i dag er i Lærdal og på Nordfjordeid. Flytting av aktiviteten er vurdert til å ikkje

krevje auka kapasitet i feriar og høgtider utover dagens nivå. Samla gjev flyttinga eit estimert behov på 24,3 brutto månadsverk fordelt på fleire yrkesgrupper:

Auka bemanning	Brutto månadsverk	Beløp
1,0 overlege anestesi	1,1	1 874
3,0 overlege ortopedi	3,5	5 975
2,0 LIS 1 ortopedi	2,6	2 383
1,5 anestesisjukepleiar	1,8	1 506
3,0 operasjonssjukepleiarar	3,5	3 012
1,0 pre- og postop sjukepleiar	1,2	883
2,5 sjukepleiar poliklinikk	3,0	2 593
4,7 sjukepleiar sengepost	4,9	4 236
0,6 operasjonsplanleggar	0,6	538
1,0 sterilteknikar	1,1	809
1,0 fysioterapeut sengepost	1,1	878
Totalt	24,3	24 687

Tabell 22 - Auka bemanning Førde sentralsjukehus ved samling av all ortopedisk aktivitet

For legar, sjukepleiarar på poliklinikk, sterilteknikar og operasjonsplanleggar er det lagt til grunn lønskostnader for heile året. For sjukepleiarar og fysioterapeut på operasjon og sengepost er det lagt til grunn lønskostnader for 200 dagar i året, fordi det er den tida seksjonane treng for å gje det same tilbodet som er til planlagt kirurgisk aktivitet i Lærdal.

Bemanningsbehovet er basert på at den auka aktiviteten vert lagt til allereie eksisterande funksjonar (operasjon, sengepost, poliklinikk osv.) og at aktivitetsveksten såleis vert ei utviding av det eksisterande tilbodet i Førde sentralsjukehus. Lærdal kan få større utgifter til vikarinnleige og overtid grunna færre tilsette, det motsette kan gjelde Førde som får fleire tilsette.

Dersom 100% av inntektene og tilhøyrande varekostnader og andre kostnader skal overførast til Førde er det vurdert eit behov for bemanning i Førde med ein kostnad på rundt 24,7 mill. Ei overføring av aktiviteten til Førde vil då føre til ei innsparing på 24 millionar kroner:

	Prognose 2025	Aktivitet samla i Førde
Inntekt	-29 748	-29 748
Varekostnader	10 928	10 928
Øvrige kostnader	703	703
Resultat utan løn- og personalkostnader	-18 117	-18 117
Løn- og personalkostnader Lærdal og Nordfjord	48 690	
Løn- og personalkostnader Førde		24 687
Totalresultat	30 833	6 571
Innsparing		-24 003

Tabell 20 - Økonomisk prognose/estimat basert på ulike scenario

Det er ikkje gjort berekningar på korleis endringa vil påverke den resterande aktiviteten i Lærdal og Nordfjord. Det er heller ikkje gjort estimat på kva eit større og meir robust fagmiljø i Førde vil bety i kostnader knytt til bemanning i helgar, feriar og høgtider.

Sjølv om berekningane ovanfor ikkje klarar å fange opp alle effektar av ei endring, syner dei likevel at ei samling av aktiviteten vil gje ei betydeleg innsparing.

5.6. Oppsummering driftsmodell og organisering

Ei samling av all ortopedisk aktivitet i Førde sentralsjukehus vil truleg gje ei økonomisk driftsinnsparing på om lag 24 millionar kroner.

Flytting av dei ortopediske operasjonane frå Lærdal til Førde vil redusere framtidig investeringsbehov på mellom sju og åtte millionar kroner i åra framover, noko på kortare og noko på lengre sikt.

Når det gjeld utgifter til pasientreiser er det estimert til å auke på mellom 0,5 og 1,5 millionar kroner årleg.

Reduksjon av uønskt variasjon og auka digitalisering er eit oppdrag uavhengig av om ortopedien vert samla, eller ikkje. Prosjektet legg ikkje til grunn at ei samling påverkar dette i den eine eller andre retninga.

Helse Førde fekk tildelt 4,5 millionar kroner som basisramme utanfor inntektsmodell til skadepoliklinikken i Nordfjord i 2025, for å sikre drift inn til vidare. Desse midlane er føreslått mellombels vidareført i 2026 i Helse Vest sin arbeidsversjon for budsjett 2026.

6. Konsekvensreducerande verkemiddel innanfor handlingsrommet til prosjektet

Gjennomgangen, vist i kapittel 5 over, syner ein mogeleg driftsmodell ved samling av all ortopedisk aktivitet i Førde. Det er identifisert risikoar på fleire område som må handterast. Risikovurderingane er gjort på eit overordna nivå.

Mellom anna peikar dei på ein auka reisebelastning for pasientar.

Undervegs i prosjektperioden er det gjort førebelse og heilt innleiande vurderingar av korleis ein del av pasientane kan få ei første hjelp i sitt lokalsjukehusområde. Dersom ein skal gå vidare med desse vurderingane så må dei utgreiast og forankrast i ein vidare prosess etter eit eventuelt vedtak om samling. Det er også ulike synspunkt på desse verkemiddela i prosjektgruppa.

Til saman vart det registrert om lag 2 800 ØH-konsultasjonar og 6 800 planlagde konsultasjonar innan ortopedien i Lærdal og på Nordfjordeid i 2024. Lærdal hadde 69 opphald og 159 liggedøgn for ØH-pasientar i fjor. I Nordfjord var det registrert 42 opphald for pasientar med ortopediske tilstandar, i tillegg til 10 pasientar med hjerneristing, på medisinsk avdeling i fjor.

Alle alvorlege skadar vert sende til Førde, og eventuelt Haukeland.

I punkt 6.1.1 til 6.1.6 er det kort skissert nokre konsekvensreducerande verkemiddel det er mogeleg å sjå på i etterkant av eit eventuelt vedtak, og som først og fremst vil kunne redusere auka reisebelasting. I punkt 6.1.7 er det peika på kva som må byggast opp i Førde, uavhengig av om desse verkemidla vert tekne i bruk eller ikkje.

6.1.1. Poliklinikk-dagar i Lærdal og Nordfjord

To av dei faste overlegane har bustad i høvesvis Lærdal og på Nordfjordeid. Dei utfører operasjonar både i Førde, Lærdal og Nordfjord i dag, og har også polikliniske konsultasjonar alle stadar.

I ein overgangsfase kan desse ressursane halde fram med å ha polikliniske konsultasjonar ved lokalsjukehusa, med nødvendig sjukepleiestøtte. Med to poliklinikkdagar 40 veker i løpet av året kan om lag 2000 konsultasjonar i året gjennomførast der. Dette reduserer ressursbehovet i Førde og pasientreisekostnader.

6.1.2. LIS-lege-funksjon på lokalsjukehusa

LIS1-legane (tidl. turnuslege) har i dag sentrale funksjonar på skadepoliklinikkane i Førde og i Lærdal med LIS3/overlege i bakvakt, medan innleigde ortopedspesialistar utøver funksjonen ved tilkalling på Nordfjord sjukehus. I Lærdal har LIS1-lege vakt på både medisinsk sengepost, ortopedisk sengepost og skadepoliklinikken på kveld, natt og helg.

Ved å legge til rette for at LIS-legen får opplæring innan ortopedi før dei gjer teneste i Lærdal og på Nordfjordeid, vil dei kunne vere ein første-kontakt med ØH-pasientane som vert tilviste til lokalsjukehusa også.

Ved å legge til rette for at LIS-legen får opplæring innan ortopedi før dei gjer teneste i Lærdal og på Nordfjordeid, så vil dei kunne delta i ei avklaring av ØH-pasientar som kjem til lokalsjukehusa i framtida også. Den første kontakten frå legevakt til Helse Førde skal gå til bakvakt i Førde.

LIS1-legane på lokalsjukehusa arbeider i utgangspunktet for medisinsk klinikk, som er positive til å sjå på mogeleg samhandling.

6.1.3. Ortopedspesialist i bakvakt

Alle sjukehusa har i dag ortopedisk bakvakt som vert konsultert når LIS1-lege er på vakt. I Nordfjord er det ortopedspesialist som reiser til sjukehuset for å ta hand om pasient når dei vert meldt. I Lærdal og Førde er det ortopedar (anten spesialist eller lege i spesialisering) som vert kontakta av LIS1-lege.

I ein modell der LIS1 ved lokalsjukehusa skal vere spesialisthelsetenesta sitt første møte med pasientane, er det viktig at denne alltid har god og sikker støtte i LIS 3 eller overlegebakvakt i Førde. Det kan skje gjennom telefon, og video om det er tenleg for oppgåva dei skal utføre. Bakvakt vil også ha tilgang på røntgenbilete. Det må også vere slik at legevakt alltid kontaktar LIS 3/overlegebakvakt i Førde først.

Det må utarbeidast prosedyrar og planar som sikrar at bakvakt i Førde har kapasitet til å støtte opp om LIS1-lege på ein slik måte at pasienttryggleiken vert teken i vare.

6.1.4. Radiologiske avklaringar

Radiologisk avdeling og ortopedisk avdeling i Helse Førde testar ut AI-teknologi som kan identifisere beinbrot raskt og effektivt. Bruken av dette verktøyet vil kunne gje informasjon som

gjør rettledning fra ortopedspesialist på bakvakt i Førde til turnuslege på vakt i Nordfjord og Lærdal lettere enn før.

Fleire sjukehus i Noreg har teke i bruk AI-teknologien. Eitt av måla er å sende dei skadefrie pasientane raskt heim i staden for at dei må vente på ortopedisk poliklinikk.

Til dømes kan ein enklare avgjere om pasient skal sendast til Førde direkte, om vedkomande kan leggst inn til observasjon til neste dag, eller om pasient kan reise heim og oppsøkje poliklinikk seinare.

6.1.5. Samhandling med legevakt og samarbeid med ambulanse

I arbeidet med risikovurderinga i prosjektet har det kome opp forslag om å auke ortopedisk ØH-kompetanse hos legevakt og ambulansepersonell gjennom kurs og opplæring. Det kan medføre at legevakta handterer fleire skadar, og at ambulansepersonell kan dra brot på plass og stabilisere før transport til Førde.

6.1.6. Samarbeid med medisinsk avdeling

Dei medisinske sengepostane i Lærdal og på Nordfjordeid har også pasientar med ortopediske lidningar. Det er m.a. pasientar som har falle og slått hovudet, og som skal ligge til observasjon til situasjonen deira er avklara, eller eldre skrøpelege, som ikkje kan sendast direkte heim etter avklaring. Det er ortoped som har det medisinske ansvaret viss hovuddiagnosen er ortopedisk.

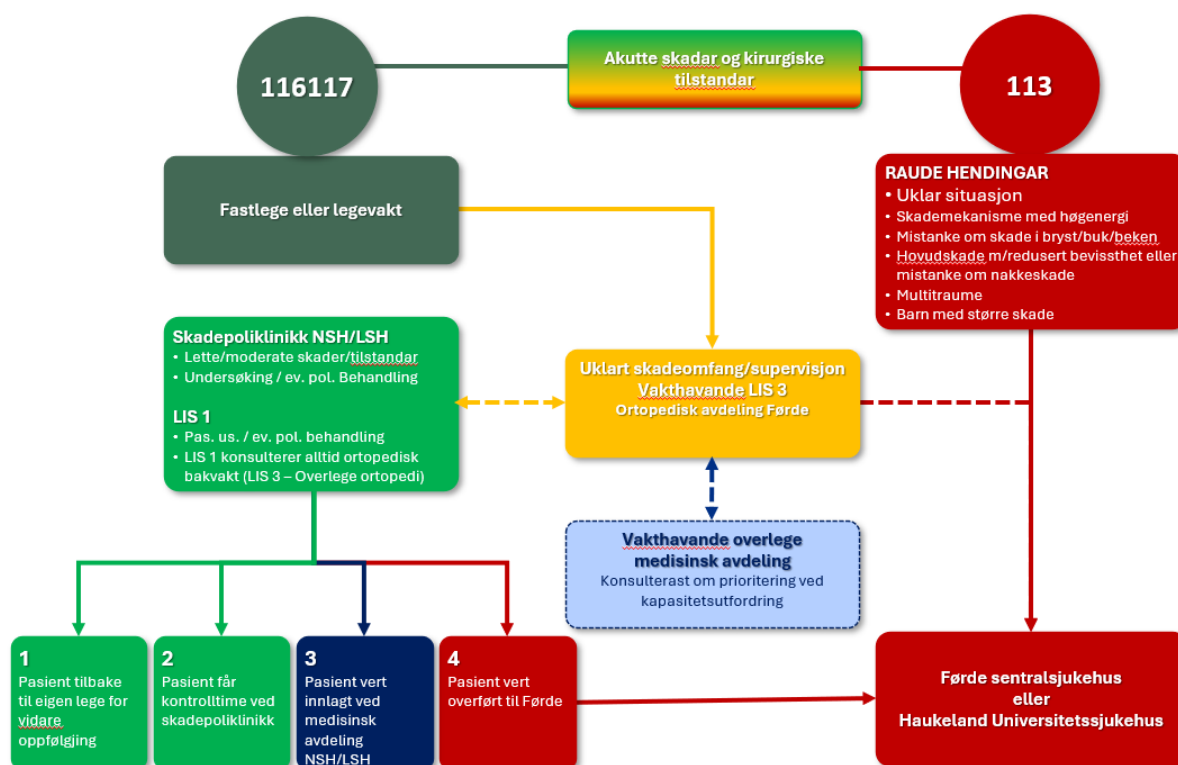
Etter at ortopedien i Lærdal gjekk over til fem-døgns post har medisinsk sengepost der også teke i mot ortopediske ØH-pasientar i feriar og helgar. Totalt reknar ein med at medisinsk sengepost tek vare på desse pasientane i om lag 150 døgn i 2025, framleis med ortoped som har medisinsk ansvar. I fjor, då ortopedien hadde sju-døgns post, vart det 65 ØH-opphald på ortopedisk sengepost. Det utgjorde 159 liggedøgn. I tillegg kom nokre ØH-opphald der pasienten låg til overvaking på medisinsk sengepost.

Nordfjord sjukehus har ikkje hatt ortopedisk sengepost sidan 2012. Som nemnt over har dei pasientar med hjerneristing, som i utgangspunktet er ortopediske pasientar, og pasientar som har ortopediske lidningar men medisinsk hovuddiagnose.

Ved å halde fram samarbeidet med dei medisinske sengepostane i Lærdal og på Nordfjordeid, med gode rutinar for dialog mellom turnuslege på lokalsjukehusa og ortoped i Førde, kan mange av dei ortopediske pasientane framleis ligge i medisinsk avdeling, for overvaking og tilsyn, på lokalsjukehusa.

6.1.7. Illustrasjon på skadepoliklinisk funksjon

Teikninga under illustrerer ein skadepoliklinisk funksjon som skildra i 6.1.2 til 6.1.5. Dersom dette skal bli ein realitet bør det setjast ned eit eige prosjekt som syter føre at prosedyrar, opplæring, kompetanseplan og støtte frå Førde er på plass. Det er vakthavande i Førde som skal vere førstekontakt for legevakt. Eit slikt prosjekt må involvere alle gruppene som skal delta.



Figur 9 - Pasientflyt ved alternativ skadepoliklinikkorganisering LSH og NSH

6.1.8. Dei konsekvensreducerande verkemidla sin innverknad på kapasitetsbehov i Førde

Verkemidla over vil bety at ein del av pasientane i Nordfjord og Lærdal får avklaring på sine lokalsjukehus, før dei eventuelt må reise til Førde. Ein del vil også kunne få opphald på sengepostar lokalt til situasjonen deira er avklara.

Sjølv om ein går for denne løysinga så må kapasitetsoppbygginga på operasjon og sengepost i Førde gjennomførast. Alle operasjonar skal framleis flyttast frå Lærdal til Førde, og det er desse pasientane sengeposten skal ta i mot. ØH-pasientar frå Lærdal og Nordfjord skal få plass på dagens sengepost i Førde utan endra bemanning.

Dersom 2 000 av dei 6 800 planlagde konsultasjonane i Lærdal og Nordfjord framleis kan takast hand om på lokalsjukehusa, og ein del av ØH-konsultasjonane framleis kan avklarast lokalt, så kan det redusere behov for areal og personell på poliklinikk i Førde, gjort greie for i 5.1.1. Til dømes kan det vere nok med tre, i staden for fire rom, og ein LIS1-lege i staden for to.

6.1.9. Økonomiske konsekvensar av konsekvensreducerande tiltak

Prosjektet si vurdering er at dei konsekvensreducerande tiltaka ikkje vil ha stor økonomisk innverknad på å samle ortopedien i Førde. Behovet for fleire tilsette på operasjon og sengepost i Førde vil bli uendra. Når det gjeld poliklinikk er det lagt til grunn at det samla behovet for tilsette ikkje endrar seg vesentleg, sjølv om delar av aktiviteten skal skje på lokalsjukehusa.

Poliklinisk aktivitet ved lokalsjukehusa, både ØH og planlagd, vil ha positiv effekt på reisekostnadene. Eit slikt tilbod vil mest av alt bli tilbydd dei som bur lengst i frå Førde.

7. Konsekvensar

Ein viktig del av oppdraget til prosjektet er å vurdere konsekvensane av flytting. Oppdraget er gitt både gjennom sjølv mandatet, og i eit eige vedlegg til mandatet.

Konsekvensvurderinga tek utgangspunkt i 5.1 «Driftsmodell – flytte all aktivitet til Førde» og effektar av 5.5 «Konsekvensreduserande verkemiddel innanfor handlingsrommet til prosjektet».

Dei to er skilt ut i punkt under ved å dele dei i **Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde** og **Konsekvensreduserande verkemiddel**

7.1. Kvalitet, pasienttryggleik og aktivitet

7.1.1. Trygg pasientbehandling

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Ei samling av ortopedien i Førde vil framleis bety trygg pasientbehandling for innbyggjarane. Verknaden er størst for ØH-pasientar som i dag får behandling på skadepoliklinikkane i Lærdal og Nordfjord. Dette gjeld pasientar med lette til moderate skadar som vil få lengre reiseveg. Dei kan oppleve forseinka oppstart av behandling og tap av tryggleik. Spesielt kan dette gjelde skrøpelege eldre og barn og deira pårørande. 81% av ØH-konsultasjonane til innbyggjarane i Lærdalsområdet vart gjevne ved Lærdal sjukehus i 2024, og 67% av ØH-konsultasjonane til innbyggjarane i Nordfjord vart gjevne ved Nordfjord sjukehus.

Trass i denne ulempa vil behandlinga framleis vere fagleg forsvarleg. Førde sentralsjukehus er Helse Førde sitt akuttsjukehus med traumefunksjon og det einaste sjukehuset som har kontinuerleg operasjons-beredskap. Pasientar med meir alvorlege skadar må også med dagens modell reise til Førde. 328 av pasientane frå Lærdalsområdet som trengte innlegging på grunn av øyeblikkeleg hjelp i 2024, vart lagt inn i Førde, 65 vart lagt inn i Lærdal. Frå Nordfjord vart 327 pasientar lagt inn ved Førde sentralsjukehus. I utgangspunktet skal alle ortopediske ØH-pasientar til Førde, men det skjer at pasientar med medisinske og ortopediske tilstandar vert lagt inn ved Nordfjord sjukehus.

Også mange pasientar med planlagde timar på poliklinikkane, eller planlagde operasjonar, vil få lengre reiseveg. For ein del betyr det meir fråvær frå skule og arbeid. For nokre sjuke og eldre kan det bety belastande reiser. Dette vil kunne følast som ei ulempe for den enkelte. 70% av dei planlagde konsultasjonane til innbyggjarane i Lærdalsområdet vart gjevne ved Lærdal sjukehus i 2024, og 34% av dei planlagde konsultasjonane til innbyggjarane i Nordfjord vart gjevne ved Nordfjord sjukehus.

Samtidig er det slik at også mange pasientar i dag har den same reisebelastninga. Funksjonsdelinga mellom sjukehusa gjer at pasientar uansett må reise mellom sjukehusområda.

Konsekvensreducerande verkemiddel

Eit skadepoliklinisk tilbod nær lokalsjukehusa vil redusere reisebelasting for ein del pasientar. Ved avklaring av ortopediske tilstandar lokalt, vil dei sleppe å reise til Førde unødvendig. Mogelegheit for å ligge til observasjon, eller vente over natta, på medisinsk sengepost vil også bety redusert belasting.

7.1.2. Heilskapleg pasientforløp

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Ei samling av ortopedisk aktivitet i Førde skal ikkje gå på kostnad av eit heilskapleg og samanhengande pasientforløp. Omlegginga krev gode retningslinjer for pasientforløp, sikring av kompetanse og samhandling med kommunar og primærhelseteneste. Også når det gjeld fleire andre medisinske fagfelt er det berre Førde sentralsjukehus i Helse Førde som har tilbod til elektive og ØH-pasientar.

Konsekvensreducerande verkemiddel

LIS1 på medisinsk avdeling på lokalsjukehusa kan med konferering med ortoped bakvakt i Førde handtere ein del skader lokalt. Elektiv poliklinikk med ortopedspesialist nokre dagar per veke på lokalsjukehusa, vil gje pasientar frå lokalområda eit tilbod lokalt og tilsvarande redusere kapasitetsbehovet i Førde.

7.1.3. Lik tilgang til helsetenester

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Driftsmodellen vil framleis gje pasientane lik tilgang til helsetenester, sjølv om nokre får lenger reiseveg. Prosjektet har eit særskilt ansvar for å vurdere dette når det gjeld dei prioriterte pasientgruppene; Personar med alvorlege psykiske lidningar og rusproblem, skrøpelege eldre, barn og unge, personar med fleire kroniske lidningar og kvinner i svangerskap, fødsel og barseltid. Ved alvorleg og akutt sjukdom vert alle desse gruppene også i dag sende til Førde sentralsjukehus. Ved lettare og moderate skadar får dei tilbod ved lokalsjukehusa, og får med det auka reisebelasting med den nye modellen.

Konsekvensen av at ortopedien vert samla i Førde er elles relativt liten i forhold til elektiv kirurgi. Pasientar reiser alt i dag på kryss og tvers i fylket både for radiologiske tenester og for ortopediske tilsyn. Derimot vil ei endring i skadepoliklinikken ha konsekvensar for spesielt pasientar frå Lærdal, Aurland og Årdal og Nordfjord nord for Nordfjorden. Pasientar frå Sogndal, Luster og Gloppen vil få noko lengre reiseveg til skadepoliklinikk, men samstundes ferjefri tilgang.

Prosjektet legg ikkje til grunn at samling i seg sjølv vil ha effekt på reduksjon i uønskt variasjon, og dermed ei meir rettferdig fordeling av ressursar. Avdelinga har variasjon knytt til operasjonsaktivitet i både Førde, Lærdal og Nordfjord og har ansvar for heilskapen. Eit auka fokus på dette, uavhengig av denne prosessen, vil ha positive effektar ved omlegging av forløp og arbeidsmetodar.

Konsekvensreducerande verkemiddel

For pasientar med lette og moderate skadar vil det redusere belasting knytt til reising. Prosjektet legg til grunn at det spesielt gjeld dei prioriterte pasientgruppene.

7.1.4. Ivaretaking av framtidsbehov

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Framskrivningane viser at ortopedien vil ha ein viss vekst i åra framover. Isolert sett tilseier det at vi skal halde på dagens kapasitet. Samstundes veit vi at Helse Førde har uønskt variasjon og at vi tek i bruk meir brukarorienterte tenester gjennom m.a. digital helseteneste. Samling av ortopedien gjev betre føresetnader for å møte framtidig vekst i behov:

- Skalérbar kapasitet
- Effektiv ressursbruk og fleksibel organisering

Konsekvensreducerande verkemiddel

Prosjektet ser ikkje at konsekvensreducerande verkemiddel vil påverke punktet om ivaretaking av framtidsbehov i eine eller andre retninga.

7.2. Kompetanse/personell

7.2.1. Tilgang på kompetanse og personell

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

I prosjektarbeidet er det peika på fare for tap av spesial- og fagkompetanse som er knytt til ortopedien i Lærdal, dersom dei ortopediske aktivitetane vert flytta til Førde. Like eins at endringa kan føre til ei usikkerheit som gjer det vanskelegare å rekruttere til dei arbeidsplassane som skal vere att på sjukehuset.

På motsett side kan samling vere grunnlag for betre rekrutteringsgrunnlag og fagleg utvikling ved ortopedien i Førde:

- Større fagmiljø gjev betre læringsarena for LIS-legar
- Lettare å rekruttere og halde på spesialistar
- Meir effektiv bruk av støttepersonell

Det vil vere behov for at ein del av overlegane som i dag jobbar i Lærdal får sin arbeidsplass i Førde. Samling av ortopedisk aktivitet i Førde vil føre til eit større og meir robust ortopedisk fagmiljø og redusere variasjon i lokal praksis. Vaktbelasting for LIS1, LIS2/3 og overlege i Førde vil auke, men vert forventa å vere handterbart. Utdanning av LIS3, som i dag sjeldan har tilgang til operativ opplæring på lokalsjukehusa, vil bli betre – spesielt innan område som i dag er funksjonsdelte mellom sjukehusa.

Konsekvensreducerande verkemiddel

Prosjektet ser ikkje at desse verkemidla påverkar tilgang på kompetanse og personell.

7.2.2. HMS/omstilling

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Flytting av ortopedisk aktivitet frå Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus til Førde sentralsjukehus vil initiere ei full omstilling og omfattande omstillingsprosess der mange støttepersonar må bidra.

Det vil føre til konsekvensar for mange enkeltpersonar og lokalsamfunnet i Lærdal og nærliggande kommunar, dersom den ortopediske aktiviteten vert flytta frå Lærdal sjukehus til Førde sentralsjukehus.

Omstillingsprosessen vil kunne medføre endring av oppgåver og ny samansetting av personalgruppe. Dersom ein skal få tilsette frå Lærdal til å arbeide i Førde må ein vurdere tiltak knytt til overnatting, tilrettelagt turnus osv.

Flytting av all ortopedisk aktivitet til Førde, vil også krevje oppbemanning av personell i Førde. Det vil også vere behov for meir areal på ortopedisk poliklinikk og ortopedisk sengepost ved Førde sentralsjukehus.

Arbeidsmiljøet på begge sjukehusa vil kunne bli påverka av ein eventuell omstillingsprosess. Det kan derfor bli naudsynt å sette inn tiltak for å sikre at dei tilsette og arbeidsmiljøa vert ivaretekne.

Konsekvensreducerande verkemiddel

Verkemidla vil i liten, eller ingen grad, påverke det som gjeld HMS eller omstilling.

7.3. Økonomi/drift/ressursar

7.3.1. Personell

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Driftsmodellen vil redusere behov for personell og dermed lønskostnadene. Utrekningane som er gjort i prosjektet syner at dei vert reduserte frå 49,0 millionar kroner til vel 23 millionar kroner innanfor avdelingane for ortopedi og anestesi, intensiv og operasjon.

Konsekvensreducerande verkemiddel

Dei konsekvensreducerande verkemidla vil i liten grad påverke behovet for personell. Aktivitetane på operasjon, og i all hovudsak på sengepost, skal uansett flyttast til Førde, og aktiviteten på poliklinikk vil krevje like stor innsats anten det vert gjennomført på lokalsjukehus eller i Førde.

7.3.2. Logistikk

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Modellen vil medføre fleire reiser til Førde. Eit grovestimat tilseier ein auka reisekostnad, når det gjeld pasientreiser, på 0,5 til 1,5 millionar kroner. Den vil også kunne føre til fleire ambulanseturar frå Nordfjord og indre Sogn til Førde. Frå før av vert alle pasientar med alvorlege og akutte ortopediske lidingar sendt til Førde. ØH-pasientane som det er snakk om å sende til Førde med denne modellen, er dei med lette og moderate skadar.

Ambulansetenesta har god flåtestyring, men det kan redusere beredskap i periodar når fleire ambulansar er i oppdrag samstundes.

Konsekvensreduserande verkemiddel

Dei konsekvensreduserande verkemidla vil bety færre reiser til Førde. Opp til 2 000 pasientar kan få planlagde konsultasjonar og kontroller på lokalsjukehusa, og av dei om lag 2 800 årlege ØH-konsultasjonane vil ein god del kunne få si avklaring på lokalsjukehusa. Nokon må likevel direkte vidare til Førde, nokre kan utsette reise til neste dag, og andre kan anten reise heim att eller gå tilbake til fastlege eller kommunalt tilbod.

7.3.3. Areal/utstyr

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Det er tilgang på areal til å flytte all aktiviteten til Førde, både når det gjeld poliklinikk, sengepost og operasjon. Utstyr som er i bruk til operasjonsaktivitetar i Lærdal kan flyttast til Førde. Ei flytting vil redusere eit framtidig investeringsbehov i utstyr på mellom sju og åtte millionar kroner fordelt på ein del år framover.

Konsekvensreduserande verkemiddel

Verkemidla vil i liten grad påverke konsekvensar når det gjeld areal og utstyr.

7.3.4. Økonomi

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Det er mogeleg å samle all ortopedisk aktivitet i Førde sentralsjukehus med ei økonomisk innsparing på om lag 24 millionar kroner. Til fråtrekk frå dette kjem auka pasientreiser. Det er ikkje mogeleg å talfeste det siste nøyaktig, men prosjektet legg til grunn eit grovt anslag på mellom 0,5 og 1,5 millionar kroner.

Samling av aktivitet vil ha eit potensiale for effektivisering og reduserte driftskostnader over tid. Ei samling av fagmiljøa vil føre til fleire tilsette i Førde, noko som kan bidra til reduserte kostnader knytt til ferieavvikling og lågare vaktbelastning og tilhøyrande kostnader.

Konsekvensreduserande verkemiddel

Dei konsekvensreduserande verkemidla vil kunne ha ein positiv effekt på kostnader til pasientreiser.

7.3.5. Kost/nytte vurdering

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Ei samla kost/nytte-vurdering viser positive økonomiske effektar av å samle tilbodet i Førde. Samlinga vil ha stordriftsfordelar som reduserer bemanning på operasjon og sengepost i høve til dagens drift i Lærdal. Det vil også bety at kostnader til legestafett til Nordfjord sjukehus fell vekk.

Konsekvensreduserande verkemiddel

Kost/nytte-vurderinga endrar seg i minimal grad viss dei konsekvensreduserande verkemidla vert tekne i bruk.

7.4. Samfunnsmessige konsekvensar

7.4.1. Samhandling og andre tenester

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er viktig. Vi ser i dag at dårleg økonomi på begge forvaltningsnivå medfører krevjande prioriteringar, og ikkje alltid fremjar samarbeidet ein ønskjer.

I samband med spesielt skadepoliklinikken er eit samarbeid med den interkommunale legevakta og fastlegane svært viktig, for å finne dei gode løysingane og det beste pasienttilbodet vi kan gje. Endringa betyr at ein del av samhandlinga må gåast opp på nytt. Den bør ikkje vere til hindre for å få til god samhandling, men overgangar til nye forløp er alltid utfordrande før dei har gått seg til.

Konsekvensreducerande verkemiddel

Dei konsekvensreducerande verkemidla vil i større grad bety at samhandlinga mellom kommunane legevakter og Helse Førde kan halde fram som før. Helse Førde får mindre spesialkompetanse til stades på lokalsjukehusa, men det bør ikkje påverke samhandlinga.

7.4.2. Beredskap

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Flytting av aktiviteten skal i liten grad påverke beredskapen. Førde er einaste akuttsjukehuset med traumefunksjon med akuttberedskap 24/7 i Helse Førde. Kirurgisk beredskap knytt til skade og ulukker krev initielt generell kirurgisk kompetanse – dette er kompetanse som ortopedar ikkje har. Ortopedi er meir sekundært i det akutte forløp. Sjølv om kompetansen hadde vore på lokalsjukehusa, så har ein i dag ikkje utstyr til å handtere slike situasjonar og heller ingen operasjonsberedskap. All moderne traumebehandling tilseier at pasientar med alvorlege skadar raskast mogleg skal til eit fullverdig traumesenter/ akuttsjukehus med traumefunksjon.

Anestesilegen har kompetanse i akuttmedisin, og er spesialist på luftvegar og sirkulatoriske problemstillingar. I påvente av vidare transport til traumesenter/akuttsjukehus med traumefunksjon kan dette vere livreddande.

Den viktigaste akuttmedisinske beredskapen for befolkninga er det indremedisinske tilbodet. Med god indremedisinsk beredskap støtta av anestesilege er, og vert, dette godt ivareteke ved lokalsjukehusa også i framtida.

Lokal akuttberedskap er sjølvstendig viktig, men både fagleg og praktisk er traumeberedskap ei sentralisert oppgåve, som det har vore i mange år.

Konsekvensreducerande verkemiddel

Dei konsekvensreducerande verkemidla vil i liten grad påverke dette punktet. Skadepoliklinisk verksemd på lokalsjukehusa er sett opp for å handtere lette og moderate skadar.

7.4.3. Klima og miljø

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Auka transportbehov og fleire reiser kan gje høgare utslepp.

Konsekvensreduserande verkemiddel

Tilbod om polikliniske og ØH-konsultasjonar på lokalsjukehusa vil føre til mindre utslepp enn viss all aktivitet vert flytta til Førde.

7.5. Særskilt om forholda knytt til endringar i Lærdal sjukehus

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Endring av ortopedisk tilbod i Lærdal sjukehus vil få konsekvens for tilsette som misser jobben, eller må skifte arbeidsplass/oppgåver. Dette er uheldig og vil kunne ha store personlege konsekvensar for den enkelte tilsette, med omsyn til privat økonomi (gjeld og forpliktingar) og med stor grad av usikkerheit for kva framtida bringer.

Tilsette bur både i Lærdal og omkringliggjande kommunar (Aurland, Årdal, Sogndal og Luster) og effekten kan såleis treffe fleire kommunar i større eller mindre grad.

Konsekvensen av at ortopedien vert samla i Førde er relativt liten i forhold til elektiv kirurgi. Pasientar reiser alt i dag på kryss og tvers i fylket både for radiologiske tenester og for ortopediske tilsyn. Derimot vil ei endring i skadepoliklinikken ha konsekvensar for spesielt pasientar frå Lærdal, Aurland og Årdal. Pasientar frå Sogndal og Luster vil få noko lengre reiseveg til skadepoliklinikk, men samtidig ferjefri tilgang.

Det vert peika på at nedlegging av ortopedi i Lærdal vil ha konsekvensar for fagmiljøet ved Lærdal sjukehus og rekrutteringa. Erfaringar frå Nordfjord sjukehus tilseier at den indremedisinske drifta er god, sjølv utan den ortopediske drifta som vart avvikla i 2012. Avviklinga ved Nordfjord sjukehus fekk mindre konsekvensar for den enkelte medarbeidar og kommunen, då mange av dei tilsette fekk arbeid ved tilbod som var under oppbygging.

Frå Lærdal sjukehus er det reist bekymring knytt til at personell med indremedisinsk kompetanse eventuelt må vike plass for personell som har høgare ansiennitet frå ortopedisk avdeling, ved ei omstilling. Og at færre helsepersonell ved sjukehuset går ut over totalberedskapen. Ein omstillingsprosess må sikre overføring av kompetanse og opplæring for å sikre forsvarleg drift, eventuelt med at seksjonen går med ekstra bemanning i ein periode.

Eit anna moment er kor vidt pasientar frå Lærdalsområdet orienterer seg mot Voss sjukehus. Truleg er sjansen for dette størst i Aurland. Reisetida frå Lærdal til Voss er ein time og 40 minutt, medan den frå Lærdal til Førde er to timar og 15 minutt på dagtid. Om natta går ferjene sjeldnare, og reisetida kan bli forlenga.

Eit alternativ er å styrke andre tenestetilbod i Lærdal sjukehus som tener folket på ein god måte. Her er det naturleg å sjå på dei sårbare og prioriterte pasientgruppene; personar med alvorlege psykiske lidningar og rusproblem, skrøpelege eldre, barn og unge og personar med fleire kroniske lidningar.

Konsekvensreducerande verkemiddel

Dei konsekvensreducerande verkemidla vil bety at det framleis er eit skadepoliklinisk tilbod, om enn i redusert omfang, inne på lokalsjukehuset. Sjølv om ikkje dette reduserer bortfall av stillingar, så vil det truleg vere positivt for lokalsjukehuset og pasientane i nærleiken, viss det vert bygd opp på ein trygg og god måte.

7.6. Særskilt om forholda knytt til endringar i Nordfjord sjukehus

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Nordfjord sjukehus skal behalde den dagkirurgiske verksemda, men vil misse skadepoliklinikken. Det betyr også at dagens stafett med ortopedispesialistar, og deira kompetanse, fell vekk. Det at denne spesialkompetansen ikkje er til stades kan gjere at det følest som mindre trygt når det er pasientar med ortopediske lidingar på medisinsk sengepost.

For kommunane rundt sjukehuset kan det opplevast som eit tap å ikkje ha denne kompetansen til stades, sjølv om det i utgangspunktet er lette og moderate skadar som skal handterast på sjukehuset.

Endringane vil ikkje få konsekvensar i same omfang for dei tilsette ved Nordfjord sjukehus, som i Lærdal.

Konsekvensreducerande verkemiddel

Dei konsekvensreducerande verkemidla vil bety at det framleis er eit skadepoliklinisk tilbod, om enn i noko redusert omfang, inne på lokalsjukehuset. Sjølv om ikkje dette reduserer bortfall av stillingar, så vil det truleg vere positivt for lokalsjukehuset.

7.7. Særskilt om forholda knytt til endringar i Førde sentralsjukehus

Driftsmodell - flytte all aktivitet til Førde

Førde får ansvar for fleire pasientar både på poliklinikk, operasjon og sengepost. Ansvarlege leiarar har delteke i prosess og skildra behov for areal og utstyr. Prosjektet legg til grunn at dimensjoneringa er god nok til å handtere det auka ansvaret utan at det vert auka belastning på dei tilsette.

Pasientgruppa er stor og viktig for Helse Førde, men ikkje større enn at det er mogeleg å finne tenlege lokalitetar til å behandle pasientane.

Ei samling av det ortopediske miljøet på ein stad kan føre til at det vert enklare å bemanne vakter og feriar. Det kan også vere at det reint praktisk er enklare å arbeide med tema som variasjon og digitalisering, men prosjektet peikar på at det uansett krev endra pasientforløp og arbeidsmetodar.

Konsekvensreducerande verkemiddel

Verkemidla vil setje ekstra krav til ortopedar som skal ha kontakt med LIS1 i Lærdal og på Nordfjordeid. Omfanget av ØH-pasientar der er likevel ikkje større enn at det må handterast med

gode retningslinjer og oppfølging av dei. I gjennomsnitt var det fire ØH-pasientar på kvart lokalsjukehus i 2024 i døgnet, dei fleste på dagtid. Det betyr at vaktlege i Førde må handtere åtte kontaktar ekstra kvar dag.

8. Oppsummering

Prosjektet si oppgåve var å utgreie samling av all ortopedisk aktivitet ved Førde sentralsjukehus og avvikle den ortopediske verksemda ved Lærdal sjukehus, samt skadepoliklinikkane ved Nordfjord og Lærdal sjukehus. Og syne konsekvensane av ei slik samling.

Målet er å sikre betre ressursutnytting og oppnå økonomiske innsparingar, samtidig som ein legg til rette for tilpassa, robuste og framtidsretta tenester.

Utgreiinga viser at det er mogeleg å samle alt i Førde, og at det gjev ein økonomisk innsparing på om lag 24 millionar kroner.

Ei samling vil føre til auka reisebelasting for pasientar frå Indre Sogn og Nordfjord, også dei prioriterte pasientgruppene. Frå før er alle alvorlege skader sende til Førde. Med ei samling av aktiviteten i Førde vil det også gjelde dei med lette og moderate skadar som må til sjukehus. Til saman var det 2 800 ØH-konsultasjonar i Lærdal og på Nordfjordeid i 2024. Tala har vore rimeleg stabile gjennom fleire år.

Også flytting av dei planlagde konsultasjonane vil føre til fleire reiser. Prosjektet vurderer likevel det som ei mindre belastning, då det er mogeleg å legge reisene til rette på førehand.

Undervegs i arbeidet er det heilt overordna skissert nokre moglege konsekvensreducerande verkemiddel, som kan takast i bruk utan at det er i strid med oppdraget til prosjektet. Ved å ta i bruk verkemidla kan pasientar med behov for øyeblikkeleg hjelp få ei avklaring på lokalsjukehusa. Det betyr at ikkje alle må bli sende direkte til Førde sentralsjukehus. Dei kan også få bli over på lokalsjukehusa til dei anten reiser heim, til eit korttidsopphald i kommunen, eller til Førde sentralsjukehus neste dag. Eit siste verkemiddel som er skissert er mogelegheit for at også ein del polikliniske timar kan gjevast på lokalsjukehusa. Alle desse verkemidla kan redusere reisebelasting. Særskilt er det viktig for dei prioriterte pasientgruppene. Verkemidla er ikkje utgreidde, og det er delte meiningar om dei i prosjektgruppa.

Dei tilsette i Lærdal kjem, ved vedtak om samling, i ein vanskeleg situasjon med utryggleik, uvisse, fare for tap av arbeidsplassar og mogeleg lang pendlarveg til Førde. Dei som har arbeidd ved ortopedisk i Lærdal har gjennom mange år bygd opp eit godt omdømme, som går langt utanfor Helse Vest sitt område, og levert gode helsetenester. Ei slik endring vil på alle måtar følast som er stort tap for medarbeidarar som har lagt ned stor innsats over tid.

Dersom det vert gjort vedtak om å flytte all ortopedisk aktivitet til Førde så må det følgjast opp med eit gjennomføringsprosjekt. Eit slikt prosjekt må handtere den nødvendige oppbygginga i Førde, tiltaka som gjeld digitalisering og variasjon, og dei konsekvensreducerande verkemidla, viss dei vert ein del av vedtaket.

9. Risikovurdering

Arbeidet med risikovurderinga vart gjort i tre møter på til saman 8-9 timar. Evalueringskriteria frå retningslinjene til Helse Vest vart nytta som ramme for evalueringa. Under følgjer ei kort samanfatning innan kvar kategori. For detaljar viser ein til vedlegget.

Kategoriane er til dels overlappande og fleire av risikoane er tett knytte til kvarandre.

Kvalitet og pasienttryggleik

Det er identifisert åtte risikoar. Risikoane handlar mellom anna om auka ventetid og forseinka oppstart av behandling. Årsakene kan vere lengre reiseveg, manglande samhandling og tap av kompetanse. Konsekvens for pasient er vurdert som «mindre alvorleg», medan sannsyn vurderast som «stort/svært stort».

Tilgang på ambulanse kan påverkast av auka transport til Førde. Risikoene er til stades også i dag. Auken er vurdert som låg samanlikna med dagens nivå. Ein vurderer sannsyn og konsekvens til moderat. Vurderinga må sjåast i samanheng med prosjekt “prehospitale tenester” og eventuelle vedtak knytt til dette.

Kompetanse og personell

Det er identifisert risikoar knytt til arbeidsmiljø ved alle lokasjonane, samt for ambulansepersonell. Høgast skår knytt til arbeidsmiljø i Lærdal og Nordfjord, som vert mest råka ved ei eventuell endring. Tiltak for å ivareta personell i samband med ei eventuell omstilling og sikre rekruttering vil vere særskilt viktig. Det er ei mogleg sårbarheit knytt til evna til å oppretthalde tenestetilbodet ved lokalsjukehusa om ein ikkje får effekt av tiltaka.

Drift og ressursar

To risikoar vart analysert. Driftskonsekvensar om ein tapar kompetanse, eller får vanskar med å rekruttere til attverande stillingar, i Lærdal skårar høgast (6). Risiko for logistikkutfordringar i Førde vurderast som mindre alvorleg med omsyn til drift. Risikoane må sjåast i samanheng med «kvalitet og pasienttryggleik».

Samfunn og helsetenesteperspektiv

Tre risikoar vart analysert. Auka belastning på pårørnde/arbeidsgjevar vurderast til «stort» sannsyn og lågaste konsekvens. Grunngevinga for konsekvens er at det for dei fleste vil vere snakk om svært få tilfelle.

Totalberedskap handlar om sjukehuset si evne til å handtere beredskapshendingar. Ein viser m.a. til brannar i Lærdal siste åra. Gruppa har ikkje identifisert tiltak som klart vil påverke risikoen. Kommunalt tilbod/kapasitet vil medverke til grad av sårbarheit.

Det vil truleg bli noko netto auke i utslepp. Det er stor usikkerheit knytt til vurderinga av konsekvens for denne risikoen.

Økonomi

Tre risikoar vart analysert. Ein vurderer det som «lite sannsynleg» at ein ikkje vil realisere økonomiske gevinstar i tråd med det som ligg til grunn i rapporten. Konsekvens er sett til 3-moderat, gitt den økonomiske situasjonen i føretaket. Usikkerheita er moderat og gruppa legg til grunn kvalitetssikring

av tal/analysar, evaluering av dimensjoneringa og ein strukturert innføringsprosess som vesentleg for å halde risikoen nede.

Risikoen knytt til andre kostnader/tapte inntekter vurderast som mindre alvorleg. Det er stor usikkerheit om vurderinga.

Gruppa vurderer at det er «stort» sannsyn for omdømmetap. Den er vurdert som høgast i ein overgangsperiode, og er venta å avta. Risikoen har verknad på fleire av dei andre risikoane som er belyst.

10. Figur- og tabelloversikt

FIGURLISTE

Figur 1 - Organisasjonskart Ortopedisk avdeling Helse Førde	8
Figur 2 - Tilvisingar og fristbrot Ortopedisk avdeling Helse Førde	10
Figur 3 - Tal fristbrot og ventande Ortopedisk avdeling Helse Førde	11
Figur 4 - Gjennomsnittleg ventetid for behandla og ventande pasientar Ortopedisk avdeling Helse Førde.....	11
Figur 5 - Tal på dagar venta Ortopedisk avdeling Helse Førde	11
Figur 6 - Pasientar vurdert "ikkje behov for helsehjelp" Ortopedisk avdeling Helse Førde.....	12
Figur 7 - Kneprotese - utvikling Lærdal sjukehus.....	20
Figur 8 - Nordfjord sjukehus - Pasientflyt akutte skader/hendingar	23
Figur 9 - Pasientflyt ved alternativ skadepoliklinikkorganisering LSH og NSH.....	38
Figur 10 - Skadepoliklinikk Nordfjord - Gjennomsnittleg tal konsultasjonar per veke (2022-2024)	xxi
Figur 11 - Skadepoliklinikk Lærdal - Gjennomsnittleg tal konsultasjonar per veke (2022-2024) .	xxi
Figur 12 - Skadepoliklinikk Førde - Gjennomsnittleg tal konsultasjonar per veke (2022-2024) ...	xxi
Figur 13 - Gjennomsnittleg ØH- konsultasjonar per veke (2022-2024)	xxii
Figur 14 - ØH- konsultasjonar or. aldersgruppe 2024	xxii
Figur - Operasjonsrate for knetroskopi basert på prosedyrar, fordelt etter behandlingsstadstyper (figur A)	xxx
Figur - Operasjonsrate for kneatroskopi basert på prosedyrar (figur B).....	xxx
Figur - Operasjonsrate for kneleddsartrose basert på prosedyrar, fordelt etter behandlingstadstype (figur A).....	xxxii
Figur - Operasjonsrate for kneleddsartrose basert på prosedyrar (figur B)	xxxiii
Figur - Operasjonsrate skulderskopi basert på prosedyrar, fordelt etter behandlingstadstype (figur A)	xxxiv
Figur - Årleg operasjonsrate skulderskopi (figur B)	xxxiv
Figur 21 - Operasjonsrate for hoftelddsartrose basert på prosedyrar, fordelte etter behandlingstadstype (figur A).....	xxxvi
Figur 22 - Årleg operasjonsrate for hoftelddsartrose basert på prosedyrar (figur B)	xxxvii

TABELLOVERSIKT

Tabell 1 - Ortopedisk avdeling , total aktivitet 2024	8
Tabell 2 - Gjennomsnittleg tal ØH- konsultasjonar pr vekedag 2022-2024	9
Tabell 3 - Ortopedisk avdeling, brutto månadsverk 2025	12
Tabell 4 - AIO, brutto månadsverk 2025	13
Tabell 5 - Førde sentralsjukehus (ortopedi), aktivitet 2024	14
Tabell 6 - Førde sentralsjukehus (Ortopedi), brutto månadsverk oktober 2025	16
Tabell 7 - Førde sentralsjukehus (AIO), brutto månadsverk oktober 2025	16
Tabell 8 - Ortopedisk avdeling, økonomisk prognose 2025	17
Tabell 9 - Lærdal sjukehus (ortopedi) - aktivitet 2024.....	17
Tabell 10 - Aktivitetsoversikt Lærdal.....	19

Tabell 11 - Lærdal sjukehus (ortopedi), brutto månadsverk oktober 2025	20
Tabell 12 - Lærdal sjukehus (AIO), brutto månadsverk oktober 2025	20
Tabell 13 - Lærdal sjukehus (Ortopedisk avdeling, økonomisk prognose 2025).....	21
Tabell 14 - Nordfjord sjukehus (Ortopedisk avdeling), aktivitet 2024	22
Tabell 15 - Nordfjord sjukehus, Ortopedi poliklinikk - brutto månadsverk pr. oktober 2025	23
Tabell 16 - Nordfjord sjukehus, AIO - brutto månadsverk pr. oktober 2025	24
Tabell 17 - Nordfjord sjukehus (ortopedi) - økonomisk prognose 2025.....	24
Tabell 18 - Helse Førde, ortopedisk aktivitet 2024	25
Tabell 19 - Helse Førde - Behovsframskrivingar	26
Tabell 20 - Pasientreiser - endring basert på 2024 aktivitet.....	32
Tabell 21 - Løn- og personalkostnader Lærdal.....	33
Tabell 22 - Auka bemanning Førde sentralsjukehus ved samling av all ortopedisk aktivitet	34
Tabell 23 - Gjennomsnittleg tal ØH konsultasjonar pr. dag 2022-2024.....	xv
Tabell 24 - Polikliniske konsultasjonar per kommune 2022-2024	xvi
Tabell 25 - Polikliniske konsultasjonar totalt 2024	xvi
Tabell 26 - ØH-polikliniske konsultasjonar 2024	xvii
Tabell 27 - Elektive polikliniske konsultasjonar 2024.....	xvii
Tabell 28 - ØH poliklinikk 2024 Lærdal - etter hovuddiagnose	xix
Tabell 29 - ØH poliklinikk 2024 Nordfjord - etter hovuddiagnose.....	xix
Tabell 30 - ØH poliklinikk 2024 Førde - etter hovuddiagnose	xix
Tabell 31 - Type konsultasjonar på poliklinikk 2024 - totalt	xx
Tabell 32 - Type konsultasjonar på poliklinikk fordelt på behandlar - totalt.....	xx
Tabell 33 - Avdelingsopphald Lærdal, ortopedi, 2024	xxiii
Tabell 34 - Avdelingsopphald Førde, ortopedi, 20247	xxiv
Tabell 35 - Operasjonsaktivitet fordelt på sjukehus i Helse Førde	xxv
Tabell 36 - Pasientreiser - km- avstand mellom kommunesenter og sjukehus	xxvi
Tabell 37 - Pasientreiser - Avdelingsopphald og polikliniske konsultasjonar pr. sjukehus.....	xxvii
Tabell 38 - Pasientreiser - endring i kostnader for reise med privatbil eller offentlig transport xxviii	
Tabell 39 - Pasientreiser - endring i kostnader for reise med taxi – Lærdal sjukehus.....	xxviii
Tabell 40 - Pasientreiser - endring i kostnader for reise med taxi – Nordfjord sjukehus.....	xxix
Tabell 41 - Datagrunnlag - Artroskopi ved degenerative knelidingar	xxxvii
Tabell 42 - Datagrunnlag – Kneleddsatrose	xxxviii
Tabell 43 - Datagrunnlag - Skulderskopi	xxxviii
Tabell 44 - Datagrunnlag – Hoftelddsatrose.....	xxxix

Vedlegg

Mandat vedlegg 1 – svar

Føring/krav	Prosjektet sitt svar
Overordna føringar	
Skildre skilnaden mellom tilboda i dag og samla tilbod ved Førde sentralsjukehus med omsyn til i kva grad dei:	
Er i tråd med krav og føringar (punkt 1.3 i mandatet).	Prosjektet følgjer nasjonale og regionale føringar om robuste fagmiljø, effektiv ressursutnytting og økonomisk berekraft. Ei samling av ortopedisk aktivitet i Førde gir: • Større og meir robust fagmiljø med betre læringsarena for LIS-legar. • Berekna innsparing på om lag 24 mill. kroner årleg og redusert investeringsbehov på 7–8 mill. kroner. Førde er akuttsjukehus med traumefunksjon med døgnkontinuerleg operasjonsberedskap, noko som sikrar trygg behandling og heilskaplege pasientforløp.
Varetek eit likeverdig tilbod på tvers av helseføretak i regionen og nasjonalt, basert på data knytt til uønskt variasjon.	Ingen skilnad i dei to modellane. Uavhengig av modell må ein uansett arbeide mot å redusere uønskt variasjon. Ei samling av ortopedien gjer det truleg lettare å gjere prioritering utifrå ei samla vurdering.
Kvalitet	
Skildre skilnaden mellom dei to tilboda med omsyn til i kva grad dei ivaretek følgjande kvalitetsmessige punkt:	
Eit verknadsfullt tilbod i tråd med faglege og nasjonale retningslinjer og føringar.	Det ortopediske tilbodet i Helse Førde er godt, og vil vere godt også i ein modell kor ortopedien vert samla i Førde sentralsjukehus
Trygg pasientbehandling og låg risiko for pasientskade ved å minimere risikoen for feil og uønska hendingar.	Ingen skilnad. Helse Førde vil uavhengig av modell tilby trygg pasientbehandling og låg risiko for pasientskade. Pasientar med lette og moderate skader frå Nordfjord og Lærdal vil kunne oppleve forseinka behandling.
Aktiv involvering av pasienten som brukar av helsetenestetilbodet, og tilpassing av tilbodet til pasienten sine erfaringar og synspunkt når dette er mogleg.	Ingen skilnad.
Eit heilskapleg og samanhengande pasientforløp internt i Helse Førde, samt i overgang til kommunane/primærhelsetenesta.	Ingen skilnad. Uavhengig av modell er det potensiale for betre samhandling med kommunehelsetenesta.
Fleksibilitet og samarbeid mellom yrkesgrupper, både internt i Helse Førde og mellom føretak og kommunar.	Ingen skilnad. Dette er eit område som ein i framtida uavhengig av modell må ha eit stort fokus på.

Føring/krav	Prosjektet sitt svar
Lik tilgang til helsetenestene etter behov innanfor opptaksområdet til Helse Førde, samt tilrettelegging for sårbare pasientgrupper (dei prioriterte pasientgruppene).	Alle i opptaksområde vil ha lik tilgang til helsetenestene uavhengig av modell. Samling av ortopedisk aktivitet ved Førde sentralsjukehus vil kunne påføre sårbare pasientgrupper (t.d eldre skrøpelege eller barn/unge) auka belastning ved lengre transportar. Samstundes så vert dei fleste pasientane med behov for kirurgi alt flytta i dag. Den økonomiske innsparinga vil på sikt kunne frigjere økonomiske midlar til bruk for dei sårbare pasientgruppene (omprioritering).
Økonomi/ressursar	
Skildre skilnaden mellom dei to tilboda med omsyn til i følgjande ressursmessige punkt:	
Økonomiske konsekvensar, inkludert inntekter, driftskostnader, transportkostnader for pasientar og personell, m.m.	Økonomisk vil ei samling av ortopedisk aktivitet ved Førde sentralsjukehus gi ei innsparing på om lag 24 millionar kroner årleg, samt eit redusert investeringsbehov. Det ligg eit potensiale for auka transportkostnader i storleiken 0,5-1,5 mill.
Behov for ulike helsepersonell, både med omsyn til type, utdanningsnivå og tal.	Ingen skilnad i kompetansebehov, men behovet for tal tilsette vert lågare i Førde ved at ein utvidar kapasitet på eksisterande tilbod.
Behov for medisinteknisk utstyr og areal.	Samling av ortopedi i Førde sentralsjukehus vil redusere behov for MTU, areal og investeringar.
Aktivitet	
Skildre skilnaden mellom dei to tilboda med omsyn til i kva grad	
Helse Førde sitt aktivitetsbehov innan ortopedi blir vareteke	Ingen skilnad. Det er identifisert uønskt variasjon innan delar av det ortopediske tenestetilbodet, og dette vil ein i framtida søke å redusere uavhengig av modell.
Behovet for ortopediske tenester i framskrivingsmodellar blir vareteke	Ingen skilnad. Framskrivningane viser ein moderat vekst. Digitalisering og reduksjon av uønskt variasjon kan kompensere for veksten
Kompetanse/personell	
Skildre	
HMS/omstilling, kva tiltak vil det vere behov for ved flytting av aktivitet	Flytting av aktivitet til Førde sentralsjukehus vil krevje ein grundig og omfattande omstillingsprosess, samt ein tilstrekkeleg oppbemanning i Førde sentralsjukehus. I omstillingsprosessen vil det vere behov for å vurdere tiltak som gjer det mogleg for tilsette i Lærdal å jobbe i Førde. I ein overgangsperiode kan det vere behov for ekstra bemanning ved medisinsk seksjon for å ta i vare HMS, fagkompetanse og pasienttryggleik.
Korleis vurderer prosjektet dei to alternativa opp mot å halde på kompetanse/rekruttering	Samling av ortopedien i Førde sentralsjukehus gir større fagmiljø som igjen kan verke rekrutterande.

Føring/krav	Prosjektet sitt svar
	Risiko for tap av lokal kompetanse i Lærdal må handterast.
Risiko og forventa konsekvensar	
Gjennomføre ei ROS-analyse som omhandlar risikoar og forventa konsekvensar knytt til å gå frå noverande tilbod til samling av ortopedisk aktivitet ved Førde Sentralsjukehus	Det er identifisert risikoar spesielt knytt til arbeidsmiljø og omdøme, samt forsinka behandling og auka transportbehov som kan påverke ambulanseberedskapen. Det må setjast inn tiltak for å redusere risikoen til akseptabelt nivå.
Utvida helsetenesteperspektiv	
Skildre skilnaden mellom dei to tilboda med omsyn til:	
Konsekvensar for primærhelsetjenesta	Primærhelsetenesta vil måtte forhalde seg til nye pasientforløp, og det vil krevje god samhandling for å trygge pasientane.
Behov for uformell omsorg ytt av pårørende (omsorgsbyrde)	Lengre reiseavstand vil kunne få konsekvens for fråvær frå arbeid og skule, samt for pårørende.
Tidsbruk knytt til deltaking i helsehjelpa (transporttid, utredning, behandling, oppfølging)	Transporttida vil for nokre pasientar i Sogn og Nordfjord gå opp.
Samfunnsmessige konsekvensar	
Skildre skilnaden i samfunnsmessige konsekvensar mellom dei to tilboda med omsyn til :	
Pasientar sin mulighet til å delta i arbeidslivet, utdanning og/eller anna samfunnsdeltaking, då spesielt med tanke på sårbare pasientgrupper (dei prioriterte pasientgruppene)	Nokre pasientar vil måtte reise lenger og dermed tape tid og moglegheit til å delta i arbeidsliv, utdanning og/eller anna samfunnsdeltaking, men for den enkelte vil dette vere svært avgrensa.
Konsekvensar for andre offentlege tjenester (som barnevern, familievernkontor, kriminalomsorg)	Ingen skilnad.
Konsekvensar for miljø og klima (som produksjon av avfall, klimagassar eller anna forureining)	Lengre reiseavstand vil auke utslepp i nokon grad.
Konsekvensar for helseberedskap	Totalberedskapen i Lærdal og Nordfjord vil bli redusert, som følge av at ortopedien vert samla i Førde sentralsjukehus. Dette er knytt til tal tilsette som vil kunne vere tilgjengeleg i ein beredskapssituasjon. Den indremedisinske beredskapen ved lokalsjukehusa vert uendra.

Risikovurdering

Område	Skildring	S	K	Evaluering 1	Tiltak	S	K	Rest risiko
Kvalitet og pasienttryggleik								
Forseinka behandling 744581	ØH-pasienter, som i dag får poliklinisk behandling ved skadepoliklinikkane i Lærdal og Nordfjord, kan oppleve forseinkinga oppstart av behandling pga. lengre reiseveg. Vil gjelde lette og moderate skader. Konsekvensar: Pasient: meir smerter/ubehag/stress.	5	2	10	Auke ortopedisk ØH-kompetanse hos legevakt. Auke ortopedisk ØH-kompetanse hos prehospitalt personell. Vurder kompenserande verkemiddel (t.d. Lis 1 på lokalsjukehus - jmf. rapport.)"	4	2	8
Forseinka behandling - kapasitetsutfordringar (Førde) 746002	Auka pasienttrykk i Førde kan føre til korridorpatientar, forlenga ventetid på poliklinikk og operasjon, på grunn av manglande ressursar til å handtere auken. Gjelder elektive pasientar. Øh-pasientar blir allereie operert i Førde. Konsekvensar: -pasient: ventetid/forseinka behandling, forseinka behandling for andre pasientgrupper.	2	3	6	Auka digitalisering. Redusere uønskt variasjon. Prioritering. Må følge med og evaluere drifta og vurdere avbøtande tiltak ved behov.	2	3	6

Område	Skildring	S	K	Evaluering 1	Tiltak	S	K	Rest risiko
Behandlingskvalitet (svekka fagmiljø) 746006	Det er risiko for at fagmiljø og kvalitet blir svekka pga. at pasientar velger andre sjukehus (reiseveg, svekka omdømme). Gjeld i hovudsak elektive pasientar. Konsekvensar: - pasient	1	3	3	Ingen foreslegne tiltak	1	3	3
Ansvar for pasienten746009	Risiko for at pasient henvist fra legevakt til røntgen ikkje blir ivareteken på grunn av uavklarte ansvarsforhold.Dette er ein kjent risiko også i noverande driftsmodell. Skadelege/helsepersonell på skadepoliklinikkane som i stor grad tar seg av desse pasientane ved lokalsjukehusa i dag. Konsekvens: Pasient - Lenger ventetid, utrygghet pga. manglende samhandling	4	2	8	Tiltak: Sikre at etablerte rutiner blir fulgt og kommunisert med legevakt. Oppfølgingsmøter/evaluering.	2	2	4

Område	Skildring	S	K	Evaluering 1	Tiltak	S	K	Rest risiko
Tap av ortopedisk kompetanse746011	Det er risiko for tap av ortopedisk kompetanse. I prosjektarbeidet er det peika på bekymring for tap av spesial- og fagkompetanse som er knytt til ortopedien i Lærdal dersom dei ortopediske aktivitetane blir flytta til Førde, og personellet ikkje blir med til Førde. Ein legg til grunn for vurderinga at kirurgi ein ikkje har kompetanse til, t.d. avansert protesekirurgi, må utførast ved andre sjukehus. Ein trur ikkje ny driftsmodell vil medføre ei endring i konsekvens for pasient, samanlikna med det som er normalt/dagens situasjon. Pasientar som treng avansert protesekirurgi kan måtte vente lenger på behandling. Konsekvens: Pasient - Redusert tilfredsheit. Pasientar som treng avansert protesekirurgi kan måtte vente lenger på behandling.	3	2	6	Kompetanseheving. Overføring av kompetanse fra Lærdal. Rekruttering av nødvendig kompetanse.	1	2	2

Område	Skildring	S	K	Evaluerings 1	Tiltak	S	K	Rest risiko
Medisinske pasientar Lærdal 746495	Det er risiko for redusert kvalitet i behandlingen av medisinske pasientar, grunna tap av kompetanse som følge av omstillingsprosessen. Konsekvens: Pasient: svekka kvalitet, fleire uønskete hendingar.	4	2	8	Tiltak: Buffer-bemannning i overgangsperiode. Opplæring og kompetanseheving. Omstillingsutvalet hensyntar kompetansebehov. Kommentar: Gruppa vurderer at resterande risiko er på nivå med dagens situasjon ved fleire avdelingar i sjukehusa	3	2	6
Tilgjengelege og likeverdige tenester746496	Det er risiko for at pasientar i indre sogn/nordfjord vil oppleve tap av tryggleik, og at tenestene ikkje er likeverdige og tilgjengelege.Konsekvens:Pasient: Sårbare grupper føler redusert tryggleik ved omstrukturering	4	1	4	Kommunikasjon og involvering, informasjon. God samhandling.	3	1	3

Område	Skildring	S	K	Evaluering 1	Tiltak	S	K	Rest risiko
Redusert tilgong (kapasitet) på ambulansar 746492	Det er risiko for at auka ambulansetransport til Førde kan redusere tilgang på ambulansar lokalt. Risikoen er aktuell også i dagens driftsmodell. Auke i oppdrag som følge av ny driftsmodell vurderast til å bli relativt få. Ambulansetenesta har god flåtestyring, men det kan svekke tilgong på ledige ambulansar i periodar. Vil i liten grad skape vesentlege konsekvensar. Talgrunnlaget er usikkert. Risikoen må sjåast i samanheng med risikovurderinga i prehospitalet-prosjektet. Vedtak i prosjektet prehospitale tenester vil påverke risikoen, særleg i Sogndal. Konsekvens: Pasient: Forseinka transport/behandling	3	3	9	Tiltak: Sjå heilskapen med tanke på vedtak i "prehospital-prosjektet". Nøye seleksjon av pasientar som skal sendast frå skadepol. til Førde med ambulanse, slik at ein ikkje binder opp ressursar unødig. Dette er det behov for å sjå på også i dagens løysing.	2	3	6
Kompetanse og personell								
Arbeidsmiljø Nordfjord746484	Det er risiko for arbeidsmiljøet blir negativt påverka av omstillinga. Nedlegging av tilbod og endring av arbeidsoppgåver påverkar arbeidsmiljøet. Konsekvens: -Personell	4	2	8	Tiltak: God informasjon. Involvering. Prosedyrer/rutiner ved endring av oppgåver.	4	2	8

Område	Skildring	S	K	Evaluering 1	Tiltak	S	K	Rest risiko
Arbeidsmiljø Lærdal 746485	Det er risiko for arbeidsmiljøet blir negativt påverka av omstillinga. Lærdal: Tilsette blir flytta over på medisin som igjen fortrenger tilsette der. Fagmiljøet på medisin kan svekkast som følge av omstilling. Det kan vere at omplasserte ikkje er like motiverte for å arbeide på medisin. Tilsette har ikkje val i forhold til å takke ja til stilling på medisin (av mangel på reelle alternativ) Påverkar også andre tilsette ved sjukehuset. Konsekvens: Personell: auka fysisk og psykisk belastning, auke i sjukefråver.	5	3	15	Bufferbemanning i omstillingsperiode. Involvering, informasjon, prosedyrer, opplæring. Grundig diskusjon i forkant av eventuell omstilling (HR). Kommentar til evalueringa: I ein overgangsperiode vil denne kunne forbli høg. Venta å avta med tida - krev oppfølging.	4	3	12
Arbeidsmiljø Førde 746488	Det er risiko for at arbeidsmiljøet blir negativt påverka av endringa. Bakgrunn: Auke i aktivitet. Gjeld vaktpersonell i størst grad. Konsekvens: Personell: auka fysisk og psykisk belastning, auke i sjukefråver.	3	2	6	Tiltak: God informasjon. Involvering. Førebuing. Prosedyrer/rutiner ved endring av oppgåver.	2	2	4

Område	Skildring	S	K	Evaluering 1	Tiltak	S	K	Rest risiko
Samla belastning på ambulansepersonell747357	Det er risiko for at auken i ambulansetransport til Førde kan utfordre dagens arbeidstidsordningar for ambulansepersonell. For dei som er på jobb vil oppdraga kome på toppen av oppdraga dei har i dag, særleg Sogndal. Det kan utfordre arbeidstidsordninga ein har i dag. Risikoen må sjåast i samanheng med risikovurderinga i prehospital-prosjektet. Vedtak i prosjekt prehospitale tenester vil påverke risikoen, særleg i Sogndal. Konsekvens: Personell: Auka belastning på personell - mindre kviletid Økonomi: Behov for endring av arbeidstidsordning.	3	3	9	Sjå heilskapen med tanke på vedtak i "prehospital-prosjektet". Nøye seleksjon av pasientar som skal sendast frå skadepol. til Førde med ambulanse. Slik at ein ikkje binder opp ressursar unødig. Dette er det behov for å sjå på også i dagens løysing.	2	3	6

Område	Skildring	S	K	Evaluering 1	Tiltak	S	K	Rest risiko
Praksis og lærlingkapasitet i HF 746491	Det er risiko for auka belastning på attværande personell pga. at fleire studentar/lærlingar treng å få eit tilbod i andre delar av føretaket. Det er meldt om utfordringar knytt til antall studentar på ortopedisk sengepost i dag. Konsekvens: Drift: Meir tid til organisering. Kan få konsekvens for tal praksisplassar Tilsette: auka belastning pga. fleire studentar	3	2	6	Tett dialog mellom praksisfeltet og høgskulen/vidaregåande skule.	3	2	6
Drift og ressursar								

Område	Skildring	S	K	Evaluering 1	Tiltak	S	K	Rest risiko
Tap av kompetanse/ rekrutteringsvanskar746018	Risiko for at ein ikkje klarer å rekruttere til dei arbeidsplassane som skal vere att på Lærdal sjukehus, på grunn av uvisse om framtida ved sjukehuset. Erfaring frå Nordfjord tilseier at det er dei med høgast ansiennitet som får stilling ifm. omstilling, og at ein etter nokre år får store utskiftingar med påfølgande rekrutteringsvanskar. Må sjåast i samanheng med risiko "utdanningskapasitet" og "omdømmetap". Konsekvens: Drift: Kan gi konsekvensar for medisinsk seksjon i Lærdal. Kan gjere det vanskeleg å etablere nye tilbod i Lærdal i framtida.	3	2	6	Tiltak til grunn for evalueringa: Buffer-bemannning i overgangsperiode. Opplæring og kompetanseheving.	2	2	4
Logistikk 746494	Risiko for flaskehalsar poliklinikk/operasjon og at ein ikkje har areal og logistikk til å handtere auke i aktivitet Usikkerheit knytt til kapasitet Sjå denne i samanheng med "kapasitetsutfordringar Førde" Konsekvens: Drift	2	2	4	Ingen foreslegne tiltak	2	2	4
Samfunn og helsetenesteperspektiv								

Område	Skildring	S	K	Evaluering 1	Tiltak	S	K	Rest risiko
Auka belastning på arbeidsgivar/pårørende 746497	Ved reise til FSS for akutt skade og evt. kontroll blir det meir belastning for arbeidsgjevar i form av fråvær frå jobb, og for pårørende som eventuelt må følge pasient til FSS.	4	1	4	Ingen foreslegne tiltak	4	1	4
Totalberedskap - lokalsjukehusa746498	Det er risiko for at sjukehuset sin totale kapasitet i ein beredskapssituasjon vert svekka når ein tek ned tilbod og mister helsepersonell. Det blir færre ressursar tilgjengeleg i området kring lokalsjukehusa ved større hendingar. T.d. CBRNE. Auka press på andre aktørar, t.d. brann- og redning. Konsekvens: -Pasient.	2	3	6	Sikre nødvendig opplæring - CBRNE. Revidere beredskapsplan i tråd med tilgjengelige kapasitetar i sjukehusområda.	2	3	6
Klima og miljø 746499	Risiko for noko meir utslepp grunna netto auka transport. Konsekvens: Klima & miljø	4	2	8	Auka digitalisering. Konsekvenreduserande verkemiddel, jmf. rapport	3	2	6
Økonomi								
Dimensjonering 746500	Risiko for at økonomiske gevinstar ikkje realiserast, i tråd med det som ligg til grunn. Fordi kapasiteten ikkje er tilstrekkeleg dimensjonert i Førde.	2	3	6	Kvalitetssikre tal / analyser. Evaluering av dimensjonering. Strukturert innføringsprosess mtp. dimensjonering - også i forkant.	2	3	6

Område	Skildring	S	K	Evaluering 1	Tiltak	S	K	Rest risiko
Økonomi - andre kostnader/tapte inntekter746501	Det er risiko for høgare kostnader enn det som er lagt til grunn.- Transportkostnader- Pasientflukt - stor usikkerhet om kor mange pasientar det blir snakk om.- Fleire fristbrot grunna kapasitets-utfordringar. Mellom 2-20 dei siste åra.- Innleige som følge av færre tilsette i Lærdal. Sjå i samanheng med AML-/rekrutteringsrisikoar-Andre utføresette kostnader.Det er vanskeleg å estimere talgrunnlaget knytt til denne risikoen og evalueringa må sjåast i lys av det.	2	2	4	Ingen tiltak på evalueringstidspunktet	2	2	4
Omdømmetap 746742	Det er risiko for at samling av ortopedien i Førde vil ha negativ verknad på omdømme til Helse Førde. Konsekvens: -Omdømme	4	4	16	Avhenger av ny driftsmodell og korleis innbyggjarane opplever seg ivaretekne. Vil vere mest uttalt i ein overgangsfase og det vil kunne ta fleire år å få denne ned til "normalen". Aktiv omdømmebygging	2	2	4

Poliklinikk

Tabell 23 - Gjennomsnittleg tal ØH konsultasjonar pr. dag 2022-2024

Lærdal

Ukedag	Dag (08-16)	Kveld (16-22)	Natt (22-08)	Totalt
Mandag	4,6	1,1	0,1	5,9
Tirsdag	4,2	1,2	0,2	5,6
Onsdag	3,6	0,9	0,2	4,6
Torsdag	3,5	0,9	0,2	4,6
Fredag	3,6	1	0,2	4,9
Lørdag	1,3	1	0,2	2,5
Søndag	1,1	0,9	0,2	2,2
Snitt per dag	3,1	1	0,2	4,3

Nordfjord

Ukedag	Dag (08-16)	Kveld (16-22)	Natt (22-08)	Totalt
Mandag	4	1,3	0,2	5,5
Tirsdag	3,4	1,2	0,2	4,8
Onsdag	3,3	1,1	0,2	4,6
Torsdag	3,1	1	0,2	4,3
Fredag	3,3	0,9	0,2	4,4
Lørdag	1,4	1,1	0,2	2,8
Søndag	0,9	1,4	0,2	2,5
Snitt per dag	2,8	1,1	0,2	4,1

Førde

Ukedag	Dag (08-16)	Kveld (16-22)	Natt (22-08)	Totalt
Mandag	9,8	3	0,7	13,4
Tirsdag	7,8	2,3	0,6	10,7
Onsdag	8,2	2,5	0,6	11,3
Torsdag	7,2	2,3	0,7	10,2
Fredag	7,5	2,5	0,6	10,5
Lørdag	2,7	2,3	0,6	5,6
Søndag	2,5	2,4	0,9	5,7
Snitt per dag	6,5	2,5	0,7	9,6

Helse Førde

Ukedag	Dag (08-16)	Kveld (16-22)	Natt (22-08)	Totalt
Mandag	18,4	5,4	1	24,8
Tirsdag	15,4	4,7	1	21,1
Onsdag	15,1	4,5	1	20,6
Torsdag	13,8	4,2	1,1	19,1
Fredag	14,4	4,4	1	19,8
Lørdag	5,4	4,4	1	10,8
Søndag	4,5	4,7	1,3	10,5
Snitt per dag	12,4	4,6	1,1	18,1

Samla tal ØH-konsultasjonar i poliklinikk. Ved å samle all ortopedien i Førde vil dette medføre ei auke i Førde (gjennomsnitt 2022-2024):

- Dag 5,9
- Sein 2,1
- Natt 0,4

Tabell 24 - Polikliniske konsultasjoner per kommune 2022-2024

Opptaksområde	Kommune	2022	2023	2024
Nordfjordområdet	STAD	1 634	1 761	1 559
Nordfjordområdet	STRYN	1 117	1 271	1 302
Nordfjordområdet	GLOPPEN	1 127	1 150	1 171
Nordfjordområdet	BREMANGER	663	647	729
Nordfjordområdet totalt		4 541	4 829	4 761
Lærdalområdet	SOGNDAL	2 474	2 405	2 454
Lærdalområdet	LUSTER	1 210	1 271	1 146
Lærdalområdet	ÅRDAL	960	1 068	1 181
Lærdalområdet	LÆRDAL	719	694	665
Lærdalområdet	AURLAND	260	290	329
Lærdalområdet	VIK	260	233	231
Lærdalområdet totalt		5 883	5 961	6 006
Førdeområdet	SUNNFJORD	4 707	4 905	5 248
Førdeområdet	KINN	2 891	2 942	3 187
Førdeområdet	HØYANGER	950	921	985
Førdeområdet	FJALER	581	527	582
Førdeområdet	ASKVOLL	474	489	608
Førdeområdet	HYLLESTAD	266	270	238
Førdeområdet	SOLUND	78	78	97
Førdeområdet totalt		9 947	10 132	10 945
Helse Vest		678	673	674
Utenfor Helse Vest		846	739	658
Utland		247	237	272
Totalsum		22 142	22 571	23 316

Aktiviteten er relativt stabil over flere år

Tabell 25 - Polikliniske konsultasjoner totalt 2024

Opptaksområde	Kommune	Sjukehus			Totalsum
		Førde	Lærdal	Nordfjord	
Nordfjordområdet	STAD	536	153	870	1 559
Nordfjordområdet	STRYN	544	169	589	1 302
Nordfjordområdet	GLOPPEN	601	114	456	1 171
Nordfjordområdet	BREMANGER	565	69	95	729
Nordfjordområdet totalt		2 246	505	2 010	4 761
Lærdalområdet	SOGNDAL	824	1 621	9	2 454
Lærdalområdet	LUSTER	320	856	5	1 181
Lærdalområdet	ÅRDAL	215	927	4	1 146
Lærdalområdet	LÆRDAL	78	586	1	665
Lærdalområdet	AURLAND	62	266	1	329
Lærdalområdet	VIK	81	147	3	231
Lærdalområdet totalt		1 580	4 403	23	6 006
Førdeområdet	SUNNFJORD	4 750	432	66	5 248
Førdeområdet	KINN	2 311	334	542	3 187
Førdeområdet	HØYANGER	813	163	9	985
Førdeområdet	FJALER	551	52	5	608
Førdeområdet	ASKVOLL	532	49	1	582
Førdeområdet	HYLLESTAD	206	28	4	238
Førdeområdet	SOLUND	86	11		97
Førdeområdet totalt		9 249	1 069	627	10 945
Helse Vest		241	384	49	674
Utenfor Helse Vest		192	337	129	658
Utland		100	108	64	272
Totalsum		13 608	6 806	2 902	23 316

2024

Tabell 26 - ØH-polikliniske konsultasjonar 2024

Opptaksområde	Kommune	Sjukehus			Totalsum
		Førde	Lærdal	Nordfjord	
Nordfjordområdet	STAD	41	2	440	483
Nordfjordområdet	STRYN	60	6	308	374
Nordfjordområdet	GLOPPEN	88	2	237	327
Nordfjordområdet	BREMANGER	162	1	17	180
Nordfjordområdet totalt		351	11	1 002	1 364
Lærdalområdet	SOGNDAL	157	455	2	614
Lærdalområdet	LUSTER	36	238	2	276
Lærdalområdet	ÅRDAL	13	243		256
Lærdalområdet	LÆRDAL	4	141		145
Lærdalområdet	AURLAND	5	70		75
Lærdalområdet	VIK	12	8	1	21
Lærdalområdet totalt		227	1 155	5	1 387
Førdeområdet	SUNNFJORD	1 560	10	7	1 577
Førdeområdet	KINN	514	1	282	797
Førdeområdet	HØYANGER	220	1	1	222
Førdeområdet	FJALER	181		1	182
Førdeområdet	ASKVOLL	174	1		175
Førdeområdet	HYLLESTAD	51			51
Førdeområdet	SOLUND	29			29
Førdeområdet totalt		2 729	13	291	3 033
Helse Vest		106	75	38	219
Utenfor Helse Vest		104	83	100	287
Utland		69	95	57	221
Totalsum		3 586	1 432	1 493	6 511

2024

Tabell 27 - Elektive polikliniske konsultasjonar 2024

Opptaksområde	Navn	Sjukehus			Totalsum
		Førde	Lærdal	Nordfjord	
Nordfjordområdet	STAD	495	151	430	1 076
Nordfjordområdet	STRYN	484	163	281	928
Nordfjordområdet	GLOPPEN	513	112	219	844
Nordfjordområdet	BREMANGER	403	68	78	549
Nordfjordområdet totalt		1 895	494	1 008	3 397
Lærdalområdet	SOGNDAL	667	1 166	7	1 840
Lærdalområdet	LUSTER	284	618	3	905
Lærdalområdet	ÅRDAL	202	684	4	890
Lærdalområdet	LÆRDAL	74	445	1	520
Lærdalområdet	AURLAND	57	196	1	254
Lærdalområdet	VIK	69	139	2	210
Lærdalområdet totalt		1 353	3 248	18	4 619
Førdeområdet	SUNNFJORD	3 190	422	59	3 671
Førdeområdet	KINN	1 797	333	260	2 390
Førdeområdet	HØYANGER	593	162	8	763
Førdeområdet	FJALER	370	52	4	426
Førdeområdet	ASKVOLL	358	48	1	407
Førdeområdet	HYLLESTAD	155	28	4	187
Førdeområdet	SOLUND	57	11		68
Førdeområdet totalt		6 520	1 056	336	7 912
Helse Vest		135	309	11	455
Utenfor Helse Vest		88	254	29	371
Utland		31	13	7	51
Totalsum		10 022	5 374	1 409	16 805

ØH- aktivitet på poliklinikk 2024 fordelt etter hovudgruppediagnose

Tabellane (Lærdal, Nordfjord og Førde) viser 90% av konsultasjonane – resterande 10% vert vist som andre konsultasjonar

Tabell 28 - ØH poliklinikk 2024 Lærdal - etter hovuddiagnose

Lærdal		Totalt
HRG	DRGNavn	
909A	Poliklinisk konsultasjon vedrørende mindre hudskader	560
808Y	Ortopedisk bandasjering	352
908A	Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken	249
908O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i bevegelsesapparatet	61
908F	Poliklinisk konsultasjon vedr lidelser og skader i rygg og nakke	37
980H	ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting	21
921O	Poliklinisk konsultasjon vedr skader/ forgiftninger/ skadelige medikamentvirkninger	22
	Andre konsultasjonar	129
	Totalt	1431

Tabell 29 - ØH poliklinikk 2024 Nordfjord - etter hovuddiagnose

Nordfjord		Totalt
HRG	DRGNavn	
909A	Poliklinisk konsultasjon vedrørende mindre hudskader	401
808Y	Ortopedisk bandasjering	423
908A	Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken	371
908O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i bevegelsesapparatet	67
908F	Poliklinisk konsultasjon vedr lidelser og skader i rygg og nakke	36
808W	Lukket reposisjon av brudd og luksasjon eller leddmobilisering	34
980H	ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting	35
	Andre konsultasjonar	126
	Totalt	1493

Tabell 30 - ØH poliklinikk 2024 Førde - etter hovuddiagnose

Førde		Totalt
HRG	DRGNavn	
909A	Poliklinisk konsultasjon vedrørende mindre hudskader	1149
808Y	Ortopedisk bandasjering	665
908A	Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken	601
908O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i bevegelsesapparatet	224
980H	ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting	134
908F	Poliklinisk konsultasjon vedr lidelser og skader i rygg og nakke	138
921O	Poliklinisk konsultasjon vedr skader/ forgiftninger/ skadelige medikamentvirkninger	98
908E	Poliklinisk konsultasjon vedr tendinitt og bursitt	68
809S	Basal sårbehandling	75
980A	ØH-relaterte tilstander i nervesystemet uten overnatting	70
	Andre konsultasjonar	365
	Totalt	3587

Type konsultasjoner på poliklinikk 2024 – totalt

Tabell 31 - Type konsultasjoner på poliklinikk 2024 - totalt

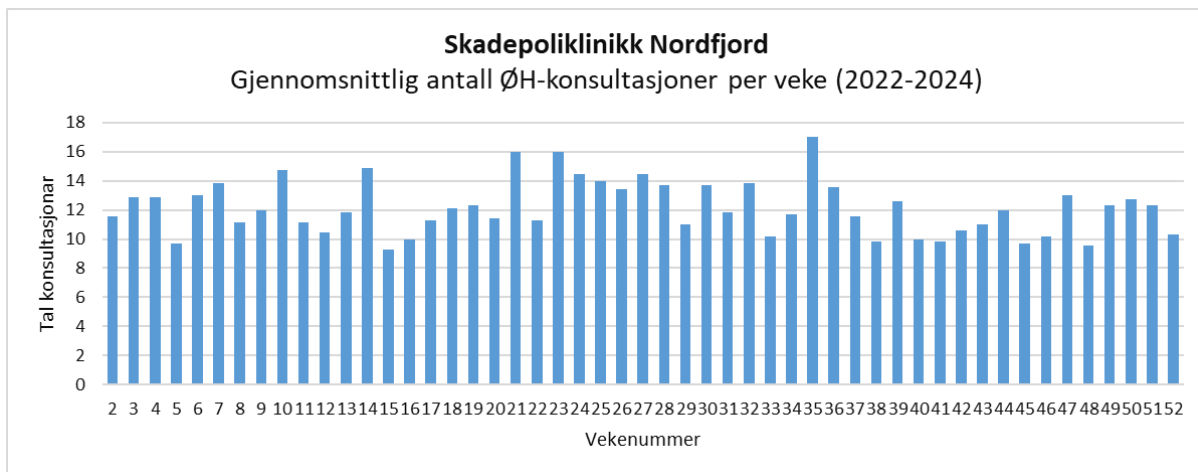
Behandla ved sjukehuset i				
Navn	Førde	Lærdal	Nordfjord	Totalsum
ØH	3 587	1 432	1 493	6 512
Utgreiing	2 929	1 706	138	4 773
Behandling	1 291	376	243	1 910
Kontroll	4 778	2 544	1 005	8 327
Telefon/video	944	732	22	1 698
Opplæring	81	16	1	98
Totalsum	13 610	6 806	2 902	23 318

Type konsultasjoner på poliklinikk 2024 fordelt på behandlar – totalt

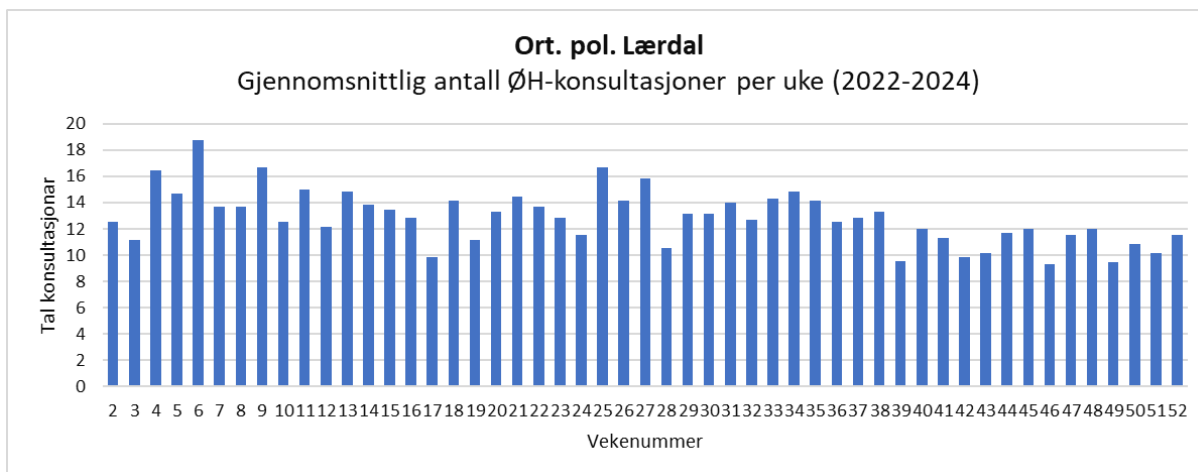
Tabell 32 - Type konsultasjoner på poliklinikk fordelt på behandlar - totalt

Behandlet ved sjukehuset i				
Behandlar	Førde	Lærdal	Nordfjord	Totalsum
ØH	3 587	1 432	1 493	6 512
Lege	3 555	1 422	1 489	6 466
Fysio/ergo		1		1
Andre	32	9	4	45
Utgreiing	2 929	1 706	138	4 773
Lege	2 248	1 296	107	3 651
Fysio/ergo	630	408	31	1 069
Andre	51	2		53
Behandling	1 291	376	243	1 910
Lege	1 153	369	242	1 764
Fysio/ergo	91	7	1	99
Andre	47			47
Kontroll	4 778	2 544	1 005	8 327
Lege	3 923	1 929	918	6 770
Fysio/ergo	500	592	86	1 178
Andre	355	23	1	379
Telefon/video	944	732	22	1 698
Lege	784	320	12	1 116
Fysio/ergo	157	381	10	548
Andre	3	31		34
Opplæring	81	16	1	98
Lege	81	0	1	82
Fysio/ergo		16		16
Andre				
Totalsum	13 610	6 806	2 902	23 318

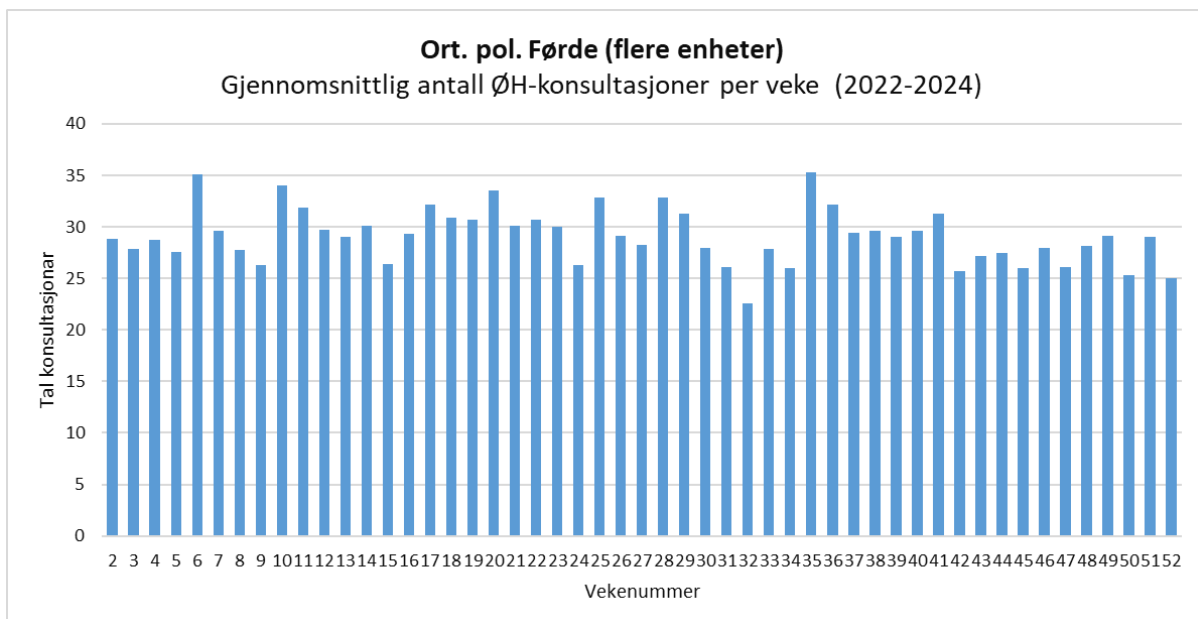
Figur 10 - Skadepoliklinikk Nordfjord - Gjennomsnittlig tal konsultasjoner per veke (2022-2024)



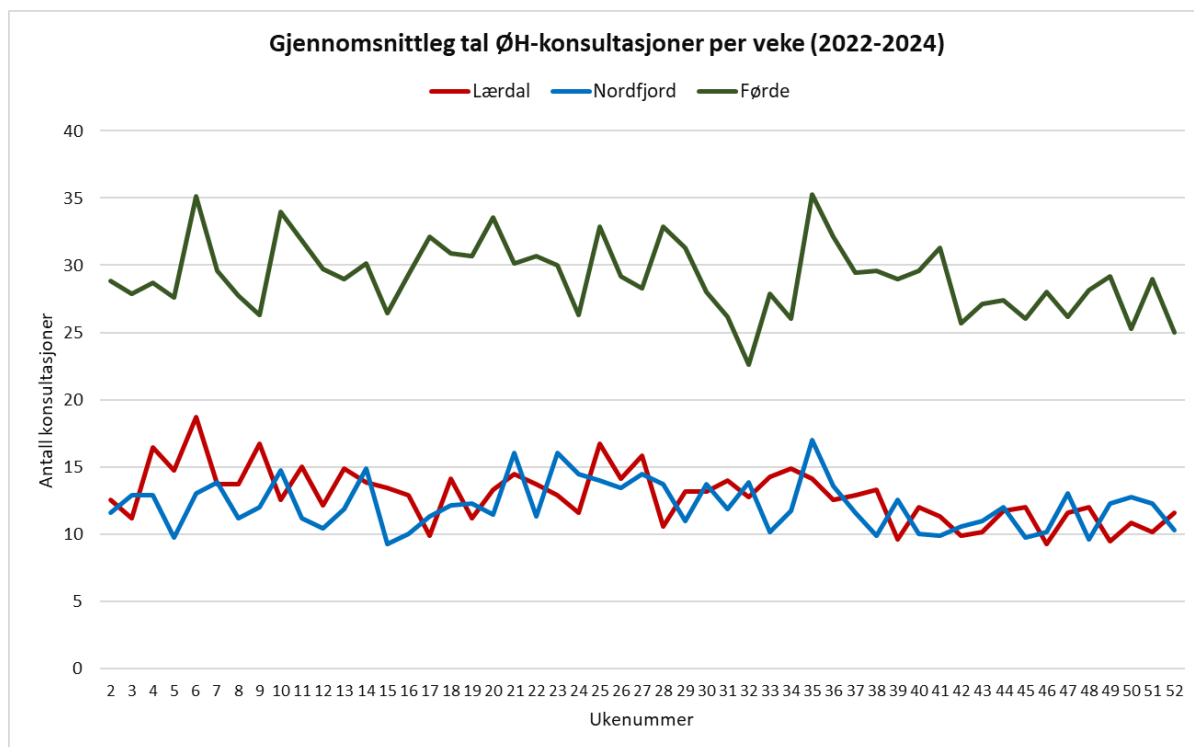
Figur 11 - Skadepoliklinikk Lærdal - Gjennomsnittlig tal konsultasjoner per veke (2022-2024)



Figur 12 - Skadepoliklinikk Førde - Gjennomsnittlig tal konsultasjoner per veke (2022-2024)

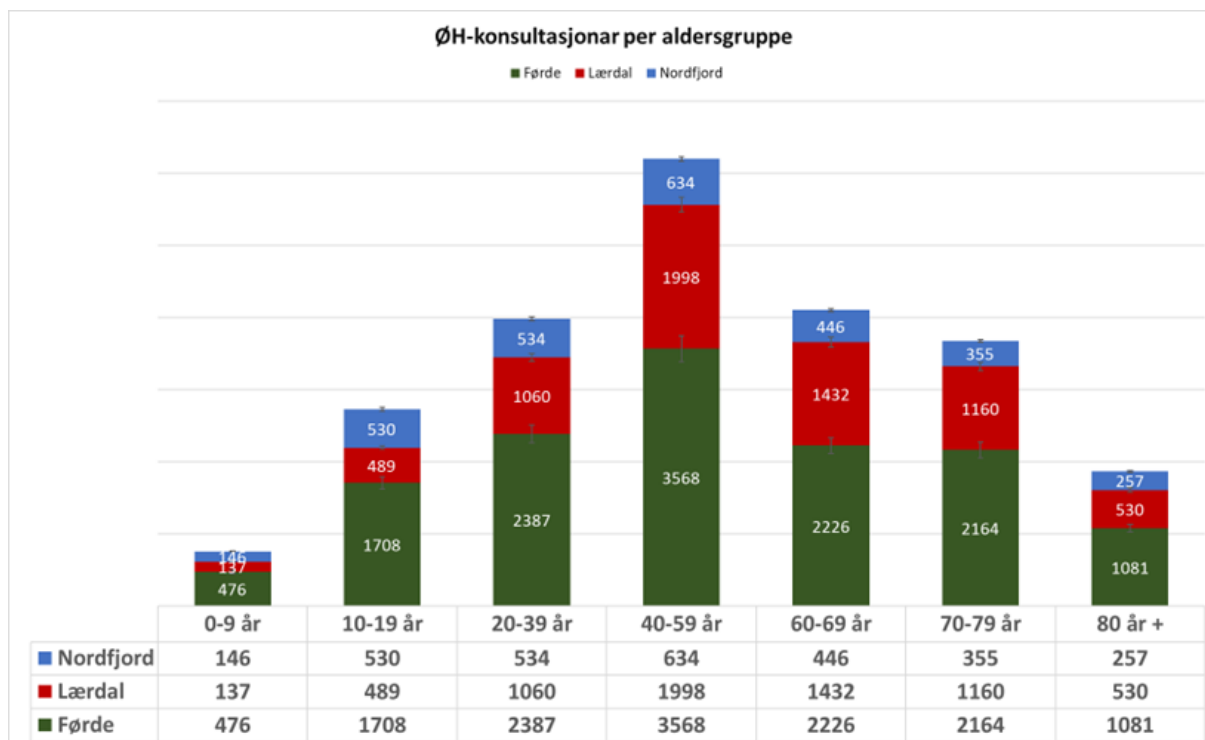


Figur 13 - Gjennomsnittleg ØH- konsultasjonar per veke (2022-2024)



ØH- konsultasjonar pr . aldersgruppe 2024

Figur 14 - ØH- konsultasjonar or. aldersgruppe 2024



Sengepost

Avdelingsopphald Lærdal, Ortopedi 2024

Tabell 33 - Avdelingsopphald Lærdal, ortopedi, 2024

Lærdal 2024				
Antall episoder (IA51)		Meir enn 1 liggedøgn	Liggetid	Gj.snitt liggetid
Opptaksområde	Navn	Tal episodar (IA51)	(døgn)	(døgn)
Nordfjordområdet	BREMANGER	8	28	
Nordfjordområdet	GLOPPEN	16	61	
Nordfjordområdet	STAD	27	90	
Nordfjordområdet	STRYN	24	106	
Nordfjordområdet Totalt		75	285	3,8
Lærdalområdet	AURLAND	14	31	
Lærdalområdet	LUSTER	44	138	
Lærdalområdet	LÆRDAL	23	75	
Lærdalområdet	SOGNDAL	82	251	
Lærdalområdet	VIK	16	66	
Lærdalområdet	ÅRDAL	56	128	
Lærdalområdet Totalt		235	688	2,9
Førdeområdet	ASKVOLL	9	32	
Førdeområdet	FJALER	12	41	
Førdeområdet	HYLLESTAD	6	21	
Førdeområdet	HØYANGER	15	45	
Førdeområdet	KINN	61	205	
Førdeområdet	SOLUND	2	7	
Førdeområdet	SUNNFJORD	61	211	
Førdeområdet Totalt		166	561	3,4
Helse Vest		66	289	
Utenfor Helse Vest		55	202	
Utland		1	1	
Totalsum		598	2026	3,4

Avdelingsopphald Førde,Ortopedi 2024

Tabell 34 - Avdelingsopphald Førde, ortopedi, 20247

Førde 2024				
Antall episoder (IA51)		Meir enn 1 liggedøgn	Liggetid	Gj.snitt liggetid
Opptaksområde	Navn	Tal episodar (IA51)	(døgn)	(døgn)
Nordfjordområdet	BREMANGER	80	255	
Nordfjordområdet	GLOPPEN	109	463	
Nordfjordområdet	STAD	139	527	
Nordfjordområdet	STRYN	95	399	
Nordfjordområdet Totalt		423	1644	3,900
Lærdalområdet	AURLAND	15	48	
Lærdalområdet	LUSTER	101	367	
Lærdalområdet	LÆRDAL	21	72	
Lærdalområdet	SOGNDAL	204	856	
Lærdalområdet	VIK	12	37	
Lærdalområdet	ÅRDAL	69	306	
Lærdalområdet Totalt		422	1686	4,0
Førdeområdet	ASKVOLL	68	237	
Førdeområdet	FJALER	76	242	
Førdeområdet	HYLLESTAD	27	78	
Førdeområdet	HØYANGER	93	357	
Førdeområdet	KINN	311	1120	
Førdeområdet	SOLUND	8	26	
Førdeområdet	SUNNFJORD	414	1347	
Førdeområdet Totalt		997	3406	3,4
Helse Vest		54	140	
Utenfor Helse Vest		62	148	
Utland		58	319	
Totalsum		2016	7343	3,6

Operasjon

Tabell 35 - Operasjonsaktivitet fordelt på sjukehus i Helse Førde

Operasjonar		Behandla ved sjukehuset i			
Opptaksområde	Navn	Førde	Lærdal	Nordfjord	Totalsum
Nordfjordområdet	STAD	112	32	22	166
Nordfjordområdet	STRYN	89	32	19	140
Nordfjordområdet	GLOPPEN	86	23	15	124
Nordfjordområdet	BREMANGER	63	11	6	80
Nordfjordområdet Totalt		350	98	62	510
Lærdalområdet	SOGNDAL	163	121	6	290
Lærdalområdet	LUSTER	73	54	3	130
Lærdalområdet	ÅRDAL	57	63	4	124
Lærdalområdet	LÆRDAL	21	37		58
Lærdalområdet	AURLAND	18	24	1	43
Lærdalområdet	VIK	11	18	2	31
Lærdalområdet Totalt		343	317	16	676
Førdeområdet	SUNNFJORD	326	79	46	451
Førdeområdet	KINN	229	67	24	320
Førdeområdet	HØYANGER	67	16	7	90
Førdeområdet	ASKVOLL	54	12	1	67
Førdeområdet	FJALER	42	10	3	55
Førdeområdet	HYLLESTAD	17	5	3	25
Førdeområdet	SOLUND	7	2		9
Førdeområdet Totalt		742	191	84	1 017
Helse Vest		35	67	1	103
Utenfor Helse Vest		29	46	1	76
Utland		35			35
Totalsum		1 534	719	164	2 417

Pasientreiser

Tabell 36 - Pasientreiser - km- avstand mellom kommunesenter og sjukehus

Kilometer mellom kommunesenter og sjukehus				
Område	Kommune	Førde	Lærdal	Nordfjord
Nord for Nordfjord	STAD	101	153	0
Nord for Nordfjord	STRYN	120	171	47
Nord for Nordfjord	KINN (nord)	156	207	54
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	SUNNFJORD	0	137	103
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	KINN (sør)	60	193	109
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	SOGNDAL	104	33	122
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	LUSTER	133	60	151
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	GLOPPEN	81	132	23
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	HØYANGER	62	124	162
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	BREMANGER	82	216	52
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	FJALER	44	178	144
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	ASKVOLL	65	198	163
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	HYLLESTAD	83	192	183
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	SOLUND	129	283	228
Sør for Sognefjorden	ÅRDAL	150	34	167
Sør for Sognefjorden	LÆRDAL	134	0	151
Sør for Sognefjorden	AURLAND	167	32	185
Sør for Sognefjorden	VIK	131	83	171

* Avstanden mellom Stryn og Førde sjukehus og Nordfjord sjukehus er over Utvikjellet

** Avstanden frå kinn Nord er målt frå Måløy

*** Avstanden mellom Kinn sør og Nordfjord sjukehus er målt gjennom Ålfoten.

Tabellen syner avstand i kilometer mellom kommunesenter og sjukehus. Kommunane er delt inn etter om dei er nord for Nordfjord eller sør for Sognefjorden.

Pasientar i sørlegaste og nordlegaste delar av området får ein lengre reiseveg til delar av det ortopediske tilbodet.

Samtidig vil pasientar frå Nordfjord, Sunnfjord og Ytre Sogn få ein kortare reiseveg til Førde samanlikna med Lærdal og Nordfjord.

Tabell 37 - Pasientreiser - Avdelingsopphald og polikliniske konsultasjoner pr. sjukehus

Avdelingsopphald og polikliniske konsultasjoner per sjukehus					
Område	Kommune	Førde	Lærdal	Nordfjord	Totalt
Nord for Nordfjord	STAD	675	180	870	1725
Nord for Nordfjord	STRYN	639	193	589	1421
Nord for Nordfjord	KINN (nord)			542	542
Nord for Nordfjord	Sum	1 314	373	2 001	3 688
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	SUNNFJORD	5 164	493	66	5723
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	KINN (sør)	2 622	395		3017
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	SOGNDAL	1 028	1 703	9	2740
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	LUSTER	421	900	5	1326
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	GLOPPEN	710	130	456	1296
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	HØYANGER	906	178	9	1093
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	BREMANGER	645	77	95	817
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	FJALER	627	64	5	696
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	ASKVOLL	600	58	1	659
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	HYLLESTAD	233	34	4	271
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	SOLUND	94	13		107
Mellom Nordfjord og Sognefjorden	Sum	13 050	4 045	650	17 745
Sør for Sognefjorden	ÅRDAL	284	983	4	1271
Sør for Sognefjorden	LÆRDAL	99	609	1	709
Sør for Sognefjorden	AURLAND	77	280	1	358
Sør for Sognefjorden	VIK	93	163	3	259
Sør for Sognefjorden	Sum	553	2 035	9	2 597
Helse Vest		295	450	49	794
Utenfor Helse Vest		254	392	129	775
Utland		158	109	64	331
Totalsum		15 624	7 404	2 902	25 930

Merknad: I tabellen er all aktiviteten på Nordfjord sjukehus lagt på nordlege delar av Kinn. Aktiviteten på dei andre sjukehusa er lagt på sørlege delar av Kinn. Dette vert tilnærma riktig.

Tabellen syner avdelingsopphald og polikliniske konsultasjoner per sjukehus der kommunane er delt inn nord for Nordfjord og sør for Sognefjorden.

Endringar i kostnader for reiser med privatbil eller offentlig transport

Tabell 38 - Pasientreiser - endring i kostnader for reise med privatbil eller offentlig transport

Estimert endring pasientreiser	Beløp
Kostnader med aktivitet 2024 sentralisert til Førde	4 940 540
Kostnader med aktivitet fordelt på sjukehusa som i 2024	3 023 208
Differanse	1 917 332

Tabellen syner endring i refusjon dersom alle pasientar reiser tur/retur med privatbil eller kollektivt dersom aktiviteten vert samla i Førde. Reiser med privatbil eller kollektivt har ein standardsats på 3,1 kroner per kilometer og ein eigenandel tur/retur på 342 kroner. I tillegg vert det kompensert for ferje og bompengar, men dette er noko krevjande å rekne på. Samla vert tal ferjeturar truleg om lag på same nivå som i 2024, sidan mange må ta ferje til Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus i dag.

Det er viktig å merke seg at berekninga er eit estimat for å synleggjere nokre storleikar. Til dømes var 7% av konsultasjonane i 2024 på telefon og video og skulle ikkje ha vore med i berekningane. Dette talet er venta å auke framover. Elles er det heller ikkje alle pasientar som sender rekning til pasientreiser.

Som del av utviklinga av ortopedisk avdeling er det ynskjeleg å effektivisere drifta, noko som vil føre til færre pasientoppmøte. Til dømes vil det vere eit fokus på å få redusert tal røntgenundersøkingar. Tverrfaglege poliklinikkar med ergo-/fysioterapeutar vil truleg kunne føre til at fleire pasientar får konservativ behandling, noko som vil redusere avdelingsopphald. Ved behov for injeksjonar er det eit mål om at pasienten kan få dette ved første oppmøte osv.

Endring i kostnader for reiser med taxi

Tabell 39 - Pasientreiser - endring i kostnader for reise med taxi – Lærdal sjukehus

Lærdal sjukehus - taxirekvisisjonar 2024 per kommune		
Kommune	Frå ortopedisk avdeling Lærdal	Totalt frå Førde sjukehus
SOGNDAL	89	810
ÅRDAL	55	236
LUSTER	43	264
LÆRDAL	35	75
SUNNFJORD	16	1985
AURLAND	14	11
Andre	49	

Tabell 40 - Pasientreiser - endring i kostnader for reise med taxi – Nordfjord sjukehus

Nordfjord sjukehus - taxirekvisisjonar 2024 per kommune		
Kommune	Frå ortopedisk avdeling Nordfjord	Totalt frå Førde sjukehus
GLOPPEN	21	368
STRYN	20	369
STAD	18	347
KINN (nord)	18	256
BREMANGER	10	569
SUNNFJORD	9	1985

Tabellane syner tal taxirekvisisjonar i 2024 som er registrert frå ortopedisk avdeling i Lærdal og Nordfjord. Dette talet kan truleg doblast sidan desse pasientane truleg har behov for taxi til sjukehuset. Det har vore utfordrande å få gode tal på rekvisisjonar til sjukehuset.

Tal rekvisisjonar er høgare enn tal taxiturar sidan avdeling for pasientreiser forsøker å koordinere reisene, slik at flest mogleg køyrer saman heile eller delar av turen. I tabellane er det difor og teke med totalt tal rekvisisjonar frå Førde sjukehus. Til dømes vil ein taxi som reiser frå Førde til Aurland kunne ta med seg pasientar frå Sogndal, Luster, Lærdal og Årdal. I 2024 var samkøyringsgraden 1,93 på kommunekryssande turar.

Sidan tal taxirekvisisjonar knytt til ortopedisk avdeling i Lærdal og Nordfjord er relativt lågt, og at moglegheitene for samkøyring truleg aukar frå Førde, vert det ikkje lagt inn noko forventa auke i kostnader knytt til reiser med taxi.

Vurdering av endring i pasientreiser

Fleire av pasientane som i dag vert sendt til skadepoliklinikkane vil truleg i større grad bli handsama av legevakta sidan det er større avstand til Førde. Det kan også vere at kontrollar og vidare oppfølging i større grad vert utført av fastlegar. For ØH-hjelp vil det truleg vere ein del pasientar nord for Nordfjord som reiser til Volda sjukehus, og ein del pasientar sør for Sognefjorden som reiser til Voss sjukehus.

Ut frå momenta ovanfor kan det tenkast at kostnader med pasientreiser aukar noko, men at dette truleg vert vesentleg lågare enn utrekninga på 1,9 mill. ovanfor. I prosjektrapporten er det lagt til grunn ein sum mellom 0,5 og 1,5 millionar kroner årleg. Gjennom ei samling av ortopedien i Førde vil det vere naudsynt å gjere endringar i drifta, noko som vil kunne redusere tal oppmøte per pasient på sjukehus.

Uønskt variasjon

Introduksjon

I samband med arbeidet med å vurdere det ortopediske tilbodet i Helse Førde, har Seksjon for forskning og innovasjon fått ei bestilling for å kartleggje omfanget av den uønska variasjonen i tilbodet. Kartlegginga omfattar både opphald og operasjonar/intervensjonar innan kne, skulder og hofte.

Utvalet av prosedyrar og indikatorar er gjort i samarbeid med klinikkdirektør for ortopedi og fagmiljøet i Førde.

Team frå Samhandlingsbarometeret og Helseatlas i Førde har utarbeidd eit oversyn over aktiviteten innan ortopediske prosedyrar. Analysen samanstillar tala for helseføretaka som ratar, for å gje eit samla bilete av omfanget av tenester som blir tilbydde befolkninga.

Målet er å bidra til betre forståing av variasjon i tilbodet og å leggje eit meir solid grunnlag for planlegging.

Vi takkar analyseteamet i Helse Vest for støtte med tilrettelegging av dei anonyme datasetta for analysen.

Datagrunnlag og metode

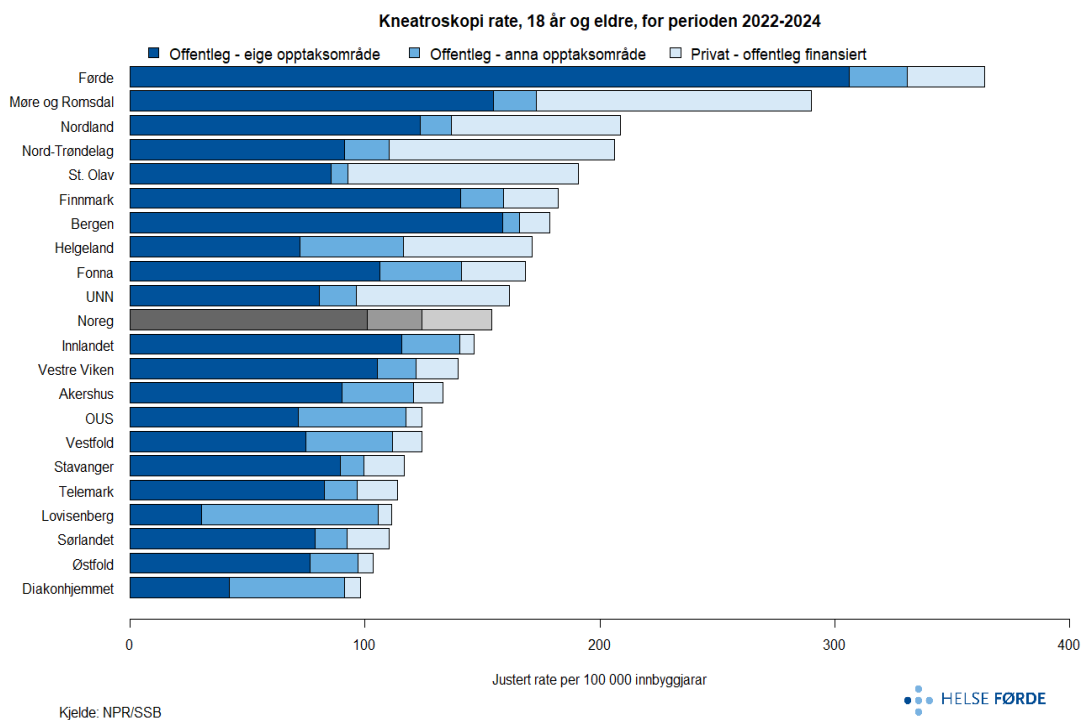
Figurane viser rater for behandling for fire vanlege ortopediske prosedyrar: artroskopi ved degenerative knelidingar, kneleddsartrose, skulderartroskopi og hofteleddsartrose. Ratane er årlege gjennomsnitt over åra for kvar 100 000 innbyggjarar, og er justerte for kjønn og alder. Resultata viser fordeling mellom helseføretaka sine opptaksområde etter kvar pasientane bur. For kvar prosedyre viser dei første figurane om pasienten var behandla ved offentleg sjukehus i eige opptaksområde, ved offentleg sjukehus i anna opptaksområde eller om behandlinga skjedde ved ein privat institusjon finansiert av det offentlege. Dei neste figurane viser den same totale behandlingsraten over tid.

Kvar prosedyre er analysert med to tilnærmingar. Figur A er tal utførte behandlingar der prosedyrekode er registrert, medan figur B er utførte behandlingar der både prosedyrekode og tilstandskode er registrert. Figur A gir såleis eit meir fullstendig bilete ettersom ikkje alle pasientar er registrerte med tilstandskode i perioden.

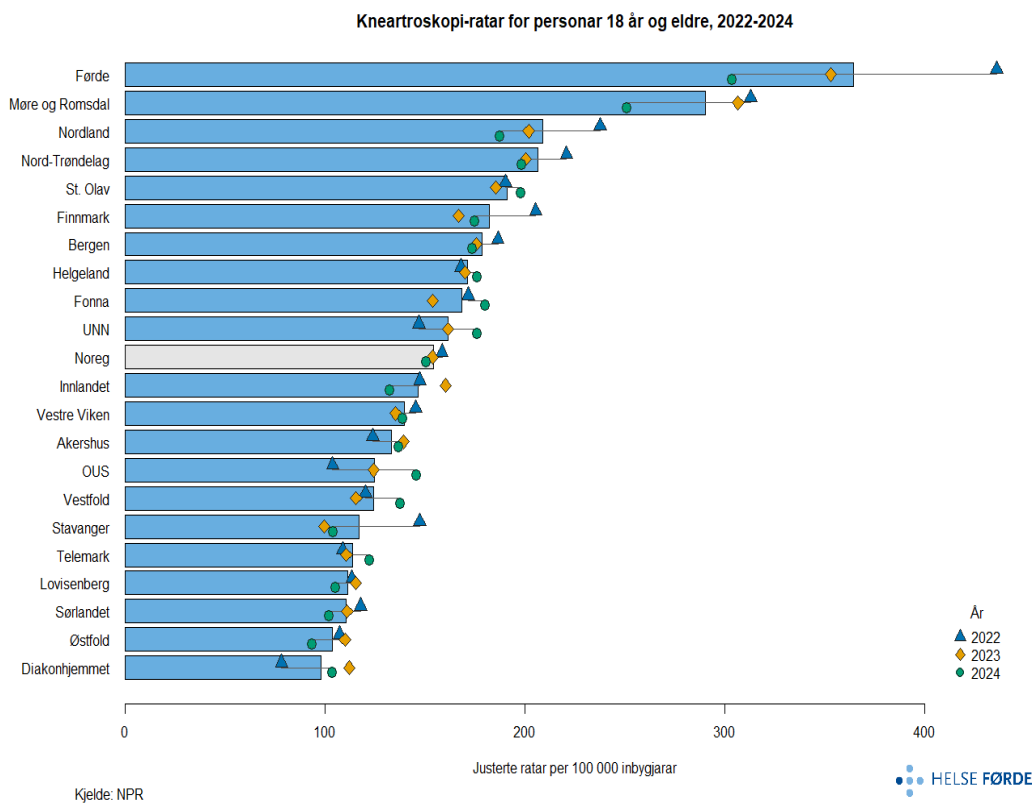
Artroskopi ved degenerative knelidingar

- **Prosedyrekodar:** NGA11, NGD01, NGD11, NGD91, NGF01, NGF11, NGF31, NGF91 eller takstkode K05b)
- **Hovud- eller bidiagnose :** M17, M22.4, M23.2, M23.3, M23.4, M23.8, M23.9

Figur 15 - Operasjonsrate for knetroskopi basert på prosedyrar, fordelt etter behandlingsstadstyper (figur A)



Figur 16 – Operasjonsrate for kneatroskopi basert på prosedyrar (figur B)



Kneleddsatrose

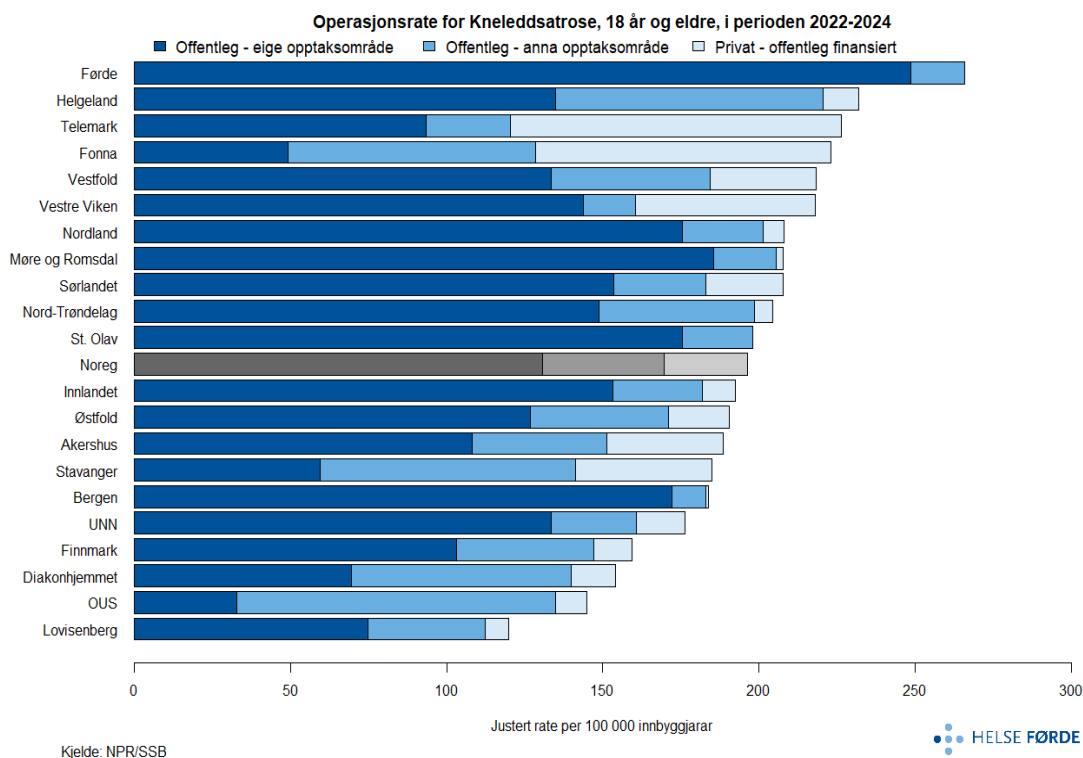
Kneleddsartrose er definert ved **hovud- eller bidiagnose**

M17 (ICD-10).

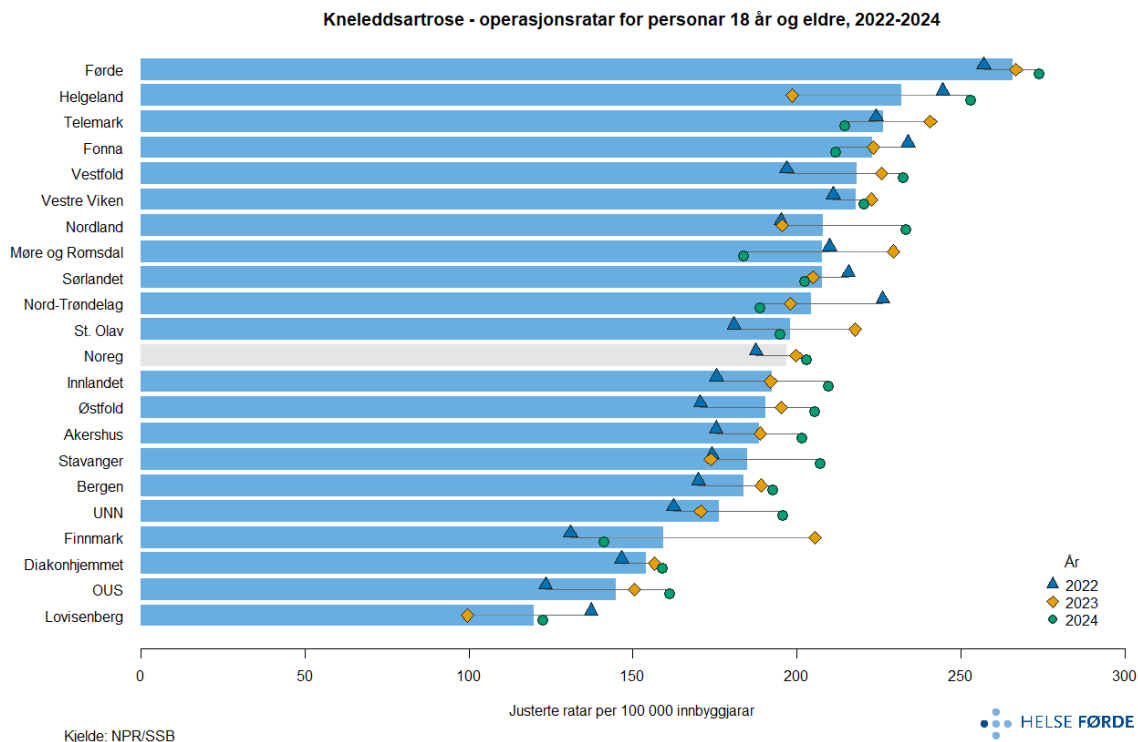
Utval, prosedyrer:

NGB01, NGB02, NGB03, NGB04, NGB11, NGB12, NGB13, NGB14, NGB20, NGB30, NGB40, NGB99, NGK59, NGK69 (NKPK /NCSP).

Figur 17 - Operasjonsrate for kneleddsatrose basert på prosedyrar, fordelt etter behandlingstadstype (figur A)



Figur 18 - Operasjonsrate for kneleddsartrose basert på prosedyrar (figur B)



Skulderartroskopi

Diagnose (tilstandskodar)

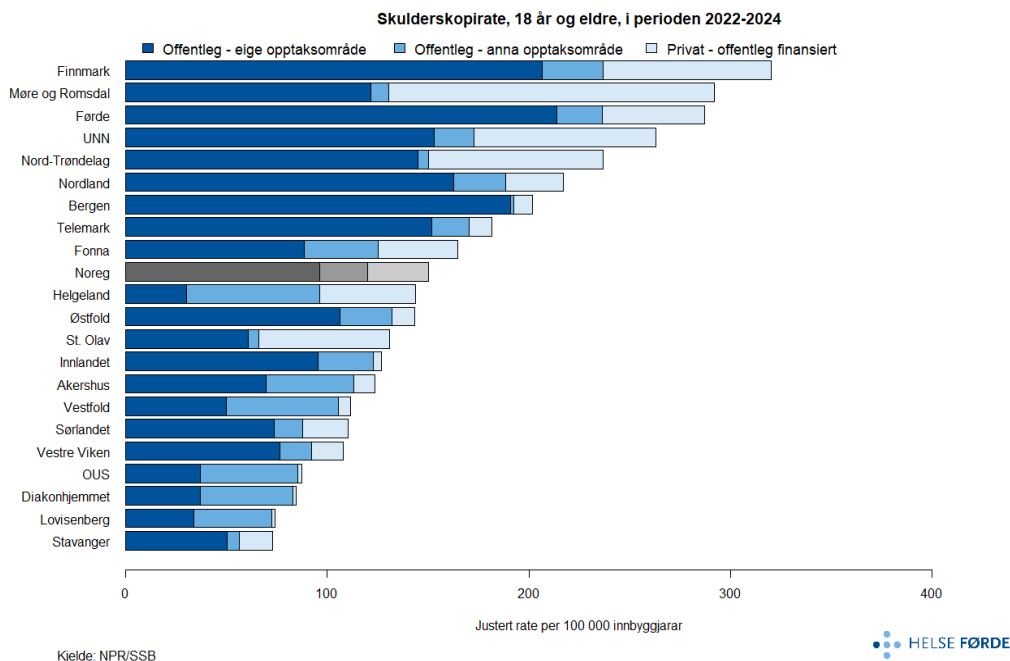
Hovud- eller bidiagnose (ICD-10):

- M75.0 (frosen skulder),
- M75.1 (rotatorcuff-ruptur),
- M75.2 (bicepstendinit),
- M75.3 (kalkskulder),
- M75.4 (impingement-syndrom),
- M75.5 (bursitt),
- M24.4/M25.3 (instabilitet/luksasjon),
- M19.0–M19.1 (artrose i skulder/AC-ledd),
- M25.5 (leddsmerte),
- T84.0/T84.5 (protesekomplikasjonar),
- S43.x (akutt skulderluksasjon).

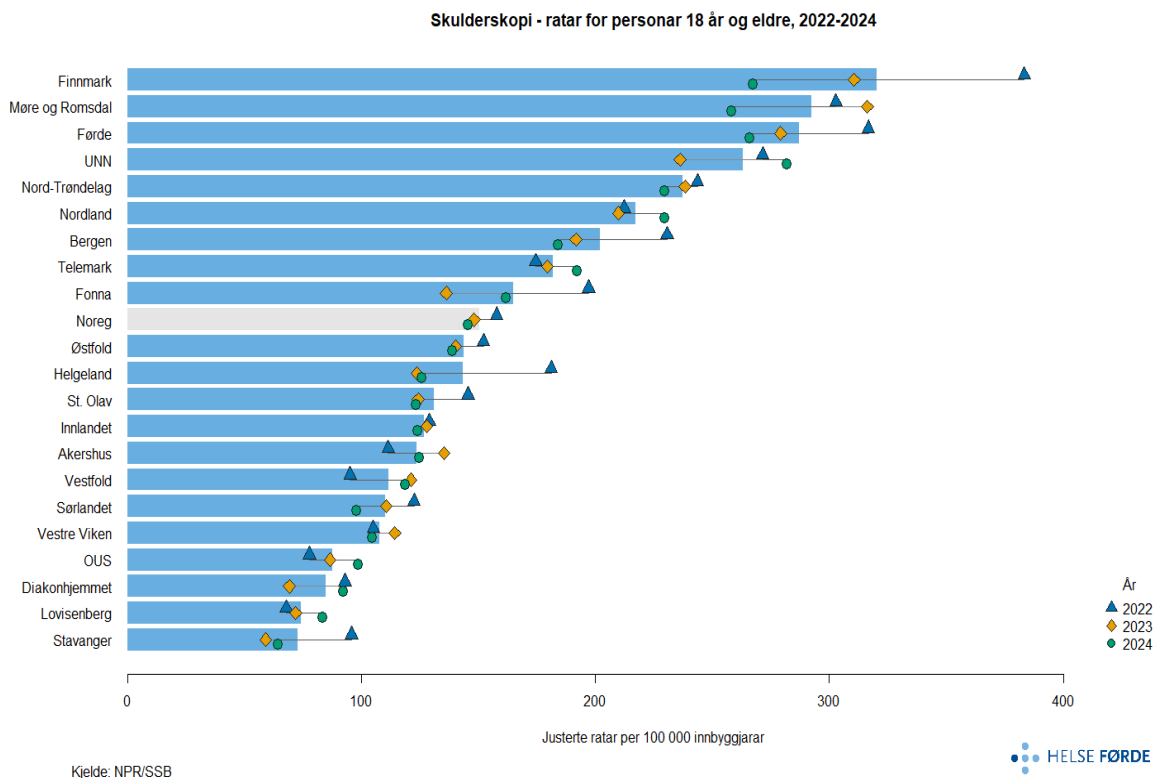
Prosyrekodar

- NBA11,
- NBA21,
- NBA22,
- NBA23,
- NBA91,
- NBA99,
- NBE21–NBE22,
- NBL39,
- NBL49,
- NBL69,
- NBL99,
- NBK12,
- NBK13,
- NBH31,
- NBH71,
- NBM79

Figur 19 - Operasjonsrate skulderskopi basert på prosedyrar, fordelt etter behandlingstadsstyp (figur A)



Figur 20 - Årleg operasjonsrate skulderskopi (figur B)



Hofteleddsartrose

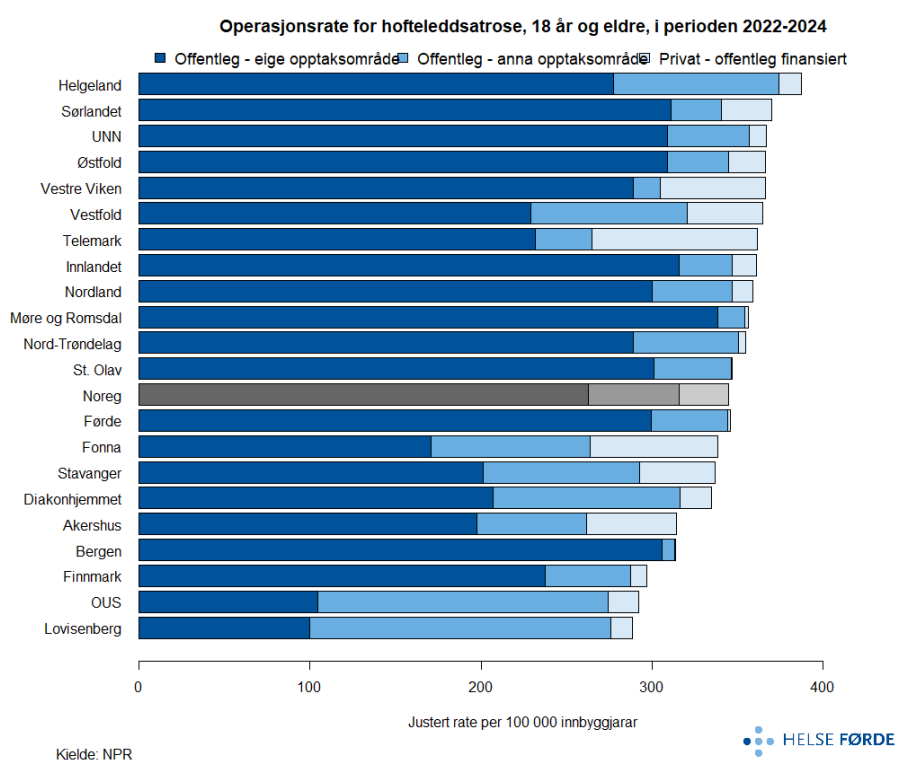
- **Hovud- eller bidiagnose**

M16 (ICD-10).

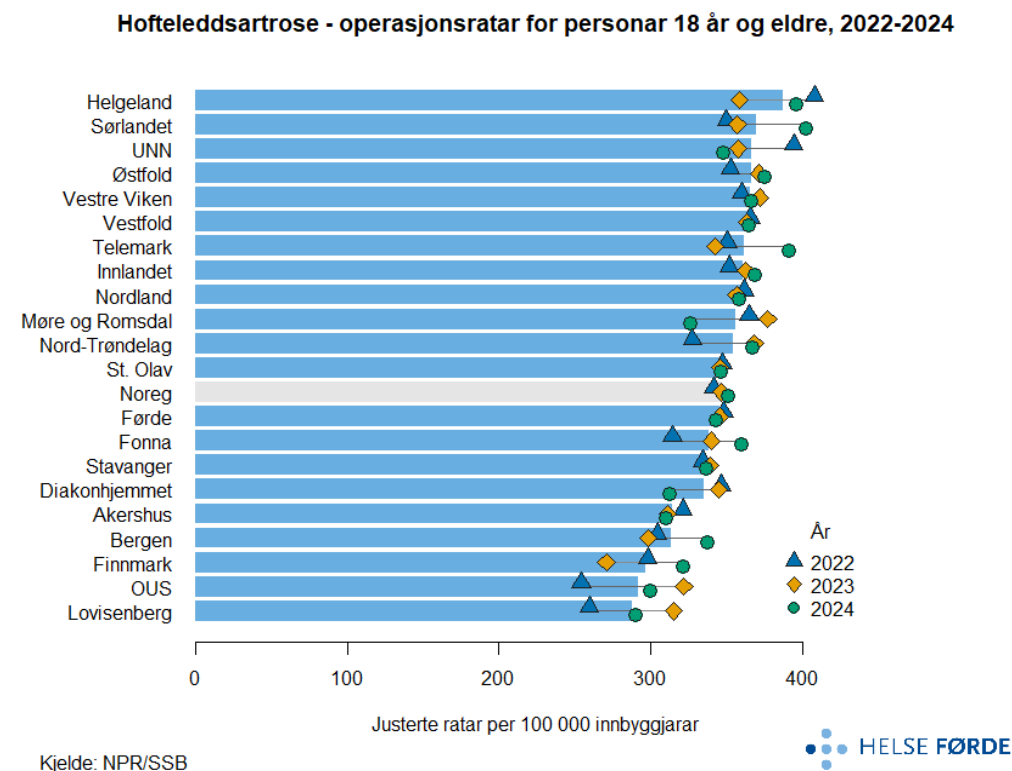
- **Ein eller fleire av prosedyrekodane:**

NFB01, NFB02, NFB03, NFB11, NFB12, NFB13, NFB20, NFB30, NFB40, NFB99, NFF11, NFF31, NFF91 (NCSP)

Figur 21 - Operasjonsrate for hofteleddsartrose basert på prosedyrar, fordelte etter behandlingstadsstyp (figur A)



Figur 22 - Årleg operasjonsrate for hofteleddsartrose basert på prosedyrar (figur B)



Datagrunnlag for figurar i rapporten

Tabell 41 - Datagrunnlag - Artroskopi ved degenerative knelidingar

area	Snitt tal skopier	skopier 2022	skopier 2023	skopier 2024	Tal innbyggjarar	raarate	snitt_rate	Rate.2022	Rate.2023	Rate.2024
Akershus	646	584	675	679	475251	135,9	133,2	123,8	139,1	136,7
Diakonhjemmet	118	93	133	127	120612	97,6	98	78,2	112,1	103,7
Finnmark	109	121	100	106	60440	180,3	182,1	205,2	166,6	174,6
Helgeland	104	103	102	106	62786	165,1	171,3	167,9	169,8	176,1
Bergen	669	687	663	656	371928	179,8	178,5	186,3	175,6	173,7
Fonna	236	241	214	254	142261	166,1	168,3	171,5	153,6	179,9
Førde	304	365	295	252	84416	360,1	363,9	435,6	352,8	303,3
Møre og Romsdal	611	656	644	533	213572	286,1	290	312,6	306,3	251
Nord-Trøndelag	212	224	206	205	107468	197	206,3	220,6	200,3	198
Stavanger	355	440	303	321	293867	120,7	116,9	147,1	99,5	104
Lovisenberg	178	166	190	179	143113	124,6	111,2	113	115,4	105,3
Nordland	230	260	223	207	112436	204,6	208,8	237,5	201,7	187,1
Noreg	6745	6854	6720	6660	4376963	154,1	154,1	158,4	153,5	150,5
OUS	294	242	295	346	225578	130,5	124,4	103,7	124,1	145,4
St. Olav	523	516	506	547	275583	189,8	191	190,1	185,3	197,7
Vestfold	250	239	232	278	203576	122,6	124,3	120,1	115,4	137,5
Innlandet	394	399	430	354	278596	141,5	146,5	147,3	160,1	132,2
Telemark	156	149	152	167	141983	109,9	113,8	108,7	110,6	122,1
Østfold	266	274	283	242	262440	101,5	103,6	107,2	109,9	93,6
Sørlandet	272	287	274	255	248446	109,5	110,2	117,7	110,9	102
UNN	250	226	250	274	157120	159,1	161,3	146,7	161,3	175,8
Vestre Viken	552	572	535	550	395490	139,7	139,6	145,1	135,2	138,6

Tabell 42 - Datagrunnlag – Kneleddsatrose

area	Snitt operasjonar	operasjonar2022	operasjonar2023	operasjonar2024	Tal innbygjarar	raarate	snitt_rate	Rate.2022	Rate.2023	Rate.2024
Lovisenberg	78	85	64	85	143113	54,5	119,8	137,3	99,6	122,7
OUS	253	209	263	286	225578	112,0	145,0	123,4	150,4	161,2
Diakonhjemmet	171	159	174	181	120612	142,1	154,0	146,6	156,5	158,9
Finnmark	102	82	132	92	60440	168,8	159,3	131,0	205,5	141,4
UNN	292	264	283	330	157120	186,1	176,3	162,4	170,7	195,8
Bergen	649	588	665	693	371928	174,4	183,9	170,0	189,1	192,7
Stavanger	487	442	458	560	293867	165,6	185,0	174,2	173,7	207,1
Akershus	859	777	858	943	475251	180,8	188,6	175,4	188,9	201,6
Østfold	546	477	559	602	262440	208,1	190,5	170,6	195,2	205,6
Innlandet	624	562	616	694	278596	224,0	192,4	175,4	192,0	209,7
Noreg	8622	8033	8745	9089	4376963	197,0	196,8	187,5	199,8	203,1
St. Olav	518	464	569	520	275583	187,8	197,9	180,9	217,7	195,0
Nord-Trøndelag	249	270	240	236	107468	231,4	204,4	226,2	198,1	188,7
Sørlandet	529	535	522	529	248446	212,8	207,7	215,7	204,9	202,6
Møre og Romsdal	479	477	530	430	213572	224,3	207,8	209,9	229,5	183,9
Nordland	258	237	243	293	112436	229,2	208,0	195,2	195,6	233,3
Vestre Viken	899	848	919	929	395490	227,2	218,1	211,1	222,7	220,4
Vestfold	493	434	508	537	203576	242,2	218,4	196,9	225,8	232,6
Fonna	335	345	335	324	142261	235,3	223,0	233,9	223,3	211,9
Telemark	368	359	391	355	141983	259,4	226,4	224,1	240,7	214,6
Helgeland	169	177	145	186	62786	269,7	232,1	244,6	198,6	253,0
Førde	247	233	247	260	84416	292,2	265,9	257,0	266,8	273,8

Tabell 43 - Datagrunnlag - Skulderekspert

area	Snitt tal skopier	skopier 2022	skopier 2023	skopier 2024	Tal innbygjarar	raarate	snitt_rate	Rate.2022	Rate.2023	Rate.2024
Stavanger	213	273	173	192	293867	72,4	72,8	95,5	58,9	64,1
Lovisenberg	89	82	80	105	143113	62,2	74,2	67,7	71,7	83,2
Diakonhjemmet	95	103	77	104	120612	78,5	84,6	92,8	69,0	92,1
OUS	181	155	178	210	225578	80,2	87,5	77,6	86,4	98,3
Vestre Viken	440	424	466	431	395490	111,3	107,8	104,9	114,1	104,3
Sørlandet	275	302	276	247	248446	110,7	110,2	122,3	110,5	97,7
Vestfold	233	197	252	250	203576	114,5	111,5	95,0	121,0	118,5
Akershus	597	527	650	615	475251	125,7	123,7	111,3	135,2	124,5
Innlandet	367	371	369	362	278596	131,9	126,8	128,9	127,7	123,9
St. Olav	347	381	328	331	275583	125,8	130,9	145,4	124,1	123,1
Østfold	389	407	381	380	262440	148,4	143,6	152,0	140,1	138,6
Helgeland	95	119	84	81	62786	150,8	143,8	180,9	124,8	125,8
Noreg	6577	6808	6478	6445	4376963	150,3	150,4	157,6	148,0	145,5
Fonna	240	282	199	238	142261	168,5	164,9	196,9	136,0	161,7
Telemark	267	253	264	284	141983	188,1	181,8	174,2	179,4	191,9
Bergen	728	822	691	672	371928	195,8	201,9	230,4	191,5	183,9
Nordland	250	243	243	264	112436	222,4	217,0	212,1	209,6	229,3
Nord-Trøndelag	265	269	268	259	107468	246,9	237,0	243,4	238,0	229,6
UNN	415	427	372	447	157120	264,3	263,0	271,2	235,9	281,7
Førde	246	269	238	230	84416	291,0	287,1	316,4	278,9	265,8
Møre og Romsdal	636	655	687	565	213572	297,6	292,2	302,6	316,0	257,9
Finnmark	198	236	192	167	60440	328,2	320,2	383,0	310,3	267,3

Tabell 44 - Datagrunnlag – Hofteleddsartrose

area	Årleg snitt operasjonar	Operasjonar2022	Operasjonar2023	Operasjonar2024	Tal innbygjarar	raarate	snitt_rate	Rate.2022	Rate.2023	Rate.2024
Lovisenberg	179	151	191	194	143113	124,8	288,3	259,5	315,1	290,3
OUS	511	435	558	539	225578	226,4	292,2	254,3	322,0	300,2
Finnmark	185	183	168	204	60440	306,1	297,0	298,0	270,8	322,1
Bergen	1115	1059	1059	1227	371928	299,8	313,6	304,5	298,6	337,6
Akershus	1397	1389	1381	1421	475251	294,0	314,5	321,4	311,2	310,9
Diakonhjemmet	378	382	392	360	120612	313,4	334,9	346,8	344,8	313,3
Stavanger	862	832	866	887	293867	293,2	336,9	334,6	339,0	337,2
Fonna	513	467	515	558	142261	360,8	338,3	314,5	340,3	360,2
Førde	334	329	333	339	84416	395,3	345,9	348,1	345,8	343,7
Noreg	15183	14612	15169	15769	4376963	346,9	346,5	341,4	346,6	351,6
St. Olav	904	887	901	924	275583	328,0	346,7	347,7	346,0	346,5
Nord-Trøndelag	442	399	457	471	107468	411,6	354,6	327,7	368,6	367,6
Møre og Romsdal	841	848	891	784	213572	393,8	356,2	365,0	377,4	326,1
Nordland	448	443	445	456	112436	398,5	359,0	361,9	356,7	358,5
Innlandet	1188	1143	1194	1228	278596	426,5	361,2	352,0	362,9	368,7
Telemark	593	562	562	656	141983	417,9	361,6	350,6	342,5	391,6
Vestfold	825	809	822	845	203576	405,4	364,7	366,1	363,3	364,7
Vestre Viken	1518	1456	1539	1560	395490	383,9	366,1	359,9	371,9	366,7
Østfold	1042	975	1055	1096	262440	397,0	366,6	352,7	371,3	375,7
UNN	607	640	593	589	157120	386,5	366,8	394,4	357,9	348,2
Sørlandet	939	863	906	1048	248446	378,0	370,1	350,1	357,3	402,8
Helgeland	288	299	266	299	62786	458,7	387,6	408,1	358,8	395,9

Lærdal 9.12.2025

Medlemmene i prosjektet frå Lærdal ønskjer å fremje følgjande skriv til prosjektgruppa si rapport:

Vi er usamde i at dei konsekvensreduserande tiltaka er innarbeidde i hovudrapporten. Desse tiltaka er ikkje ferdig utgreidde, analyserte eller drøfta, og det er etter vår vurdering ikkje innanfor mandatet eller prosjektet sitt handlingsrom å presentere dei som tiltak i hovudrapporten. Ved å synleggjere slike førebelse og uavklarte tiltak i rapporten, kan ein skape urette forventingar hjå dei som skal lese, tilrå og fatte vedtak. Dette var òg noko vi vart førespegla ville bli endra.

Heile kapittel 6 og innhaldet om konsekvensreduserande tiltak burde difor vore lagt i eit eige vedlegg, og ikkje stått i kapittel 6 eller 7 som verkemiddel for å redusere konsekvensar. Tiltaka er ikkje kvalitetssikra og bør difor ikkje vere innarbeidde som del av hovudrapporten.

I tillegg vil vi peike på at fleire av dei mogelege funksjonane som er nemnde for Lærdal sjukehus – som polikliniske tenester, fysioterapi og bufferbemanning – heller ikkje er utgreidde eller analyserte på ein god nok måte som gjer dei eigna til å liggje til grunn for rapporten sine konklusjonar. Særleg er bufferbemanninga eit avgjerande tiltak for HMS, beredskap og arbeidsmiljø, og vi har fleire gonger bedt om at denne vert analysert parallelt med konsekvensane for Lærdal sjukehus. Dette er ikkje gjort, og tiltaket er difor ikkje inkludert i den formelle økonomiske kostnadsanalysen.

I gruppearbeidet under prosjektperioden vart dei føreslåtte tiltaka heller ikkje presenterte eller forklarte med den tydinga eller vektlegginga dei no har fått i rapporten og konsekvensutgreiinga. Dette understrekar etter vår vurdering at tiltaka står på eit for svakt fagleg grunnlag til å inngå i eit dokument som skal liggje til grunn for styrebehandling.

I rapporter er det understreka at dei konsekvensreduserande tiltaka ikkje er lagde til grunn i vurderinga av konsekvensane for Førde eller i det økonomiske grunnlaget i rapporten. Prosjektgruppa har heller ikkje teke stilling til tiltaka, men berre peika på eit mogleg handlingsrom. Det går òg fram av rapporten at det berre er gjort førebelse og innleiande vurderingar av disse konsekvensreduserande tiltaka. Dersom desse alternativa skal førast vidare, må dei utgreiast og forankrast i ein eigen prosess etter eit eventuelt vedtak om samling. Klinikkdirktøren presiserer at det i ei styresak kan vere naturleg å peike på eit mogleg handlingsrom, men at sjølvve vedtaket skal baserast på dei faktiske og dokumenterte vurderingane av økonomi og konsekvens.

Hrafnhildur Yr Elvarsdottir – seksjonsleiar medisin og ortopedi ved Lærdal sjukehus

Anne-Malene Hande – einingsleiar medisinsk og ortopedisk poliklinikk ved Lærdal sjukehus

Anja Myklemyr – einingsleiar ortopedisk sengepost ved Lærdal sjukehus

Grethe Kristin Leirdal – seksjonsleiar AIO ved Lærdal sjukehus

Justin van Leeuwen – ortopedisk overlege og medisinsk fagleg rådgivar med Lærdal sjukehus

Inger Therese Sanden Williams – sjukepleiar på ortopedisk poliklinikk og sengepost og lokal verneombod for ortopediske tenester ved Lærdal sjukehus