

# Kontraster i befolkningens bruk av polikliniske tjenester i Helse Nord 2010

Rapport av Analyseenheden i SKDE

Mai 2012



Rapporten belyser forbruk av polikliniske konsultasjoner for befolkningen i Helse Nord i 2010, med hovedvekt på kontraster mellom ulike befolkningsområder og kontraster mellom vertskommuner (kommuner der sykehusene er lokalisert) og øvrige kommuner. Poliklinikk omfatter i denne rapporten ikke dagkirurgi, poliklinisk rehabilitering, strålebehandling eller kjemoterapi

SKDE rapport 3/2012  
Hovedforfatter Ina Heiberg  
Ansvarlig Trine Magnus  
Oppdragsgiver Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Gradering Åpen  
Dato 9.mai 2012  
ISBN 978-82-93141-07-5  
Alle rettigheter SKDE

## Innhold

Sammendrag .....	3
Bakgrunn/problemstilling .....	4
Data og metode .....	5
Kodekvalitet for polikliniske kontroller .....	5
Valg av analytisk innfallsvinkel .....	6
Resultater .....	10
Del 1: Utvikling i antall polikliniske konsultasjoner 2008-2010 .....	10
Del 2: Geografisk variasjon i polikliniske konsultasjoner, herunder bruk av private spesialister ..	18
Del 3: Variasjon i poliklinikkrate etter klinisk område .....	21
Faktorer som påvirker helsetilstanden: Utredninger/etterundersøkelser med uspesifikk/manglende diagnose .....	23
Muskel-, skjelett- og bindevevssykdommer .....	27
Hudsykdommer .....	34
Øre-, nese- og halssykdommer .....	40
Fordøyelsesykdommer .....	46
Hjerte- og karsykdommer .....	53
Nevrologiske sykdommer .....	60
Svangerskap, fødselsomsorg og kvinnesykdommer .....	65
Øyesykdommer .....	71
Diabetes/endokrine sykdommer .....	76
Nyre- og urinveissykdommer .....	80
Lungesykdommer .....	86
Nærmere om svulster (kreft) .....	91
Sykdommer i mannlige kjønnsorganer (HDG 12) .....	97
Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparatet (HDG 16) .....	98
Oppsummering av noen hovedtrekk per sykehusboområde .....	99
Boområde Kirkenes .....	99
Boområde Hammerfest .....	100
Boområde UNN Tromsø .....	101
Boområde UNN Harstad .....	103
Boområde UNN Narvik .....	104
Boområde Nordlandssykehuset Vesterålen .....	105
Boområde Nordlandssykehuset Lofoten .....	106
Boområde Nordlandssykehuset Bodø .....	108
Boområde Helgelandssykehuset Rana .....	109
Boområde Helgelandssykehuset Mosjøen .....	110
Boområde Helgelandssykehuset Sandnessjøen .....	112
Vedlegg .....	114
Poliklinikkrate etter kommune og behandlingssted (offentlig/privat) .....	117
Variasjon i poliklinikkrate for utvalgte ICD-10 kategoriblokker/DRGer .....	119
Ventetider og fristbrudd etter behandlende sykehus og fagområde .....	122
Tabelliste .....	126
Figurliste .....	126

## Sammendrag

I denne rapporten belyses forbruk av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner for befolkningen i Helse Nord i 2008-10, med hovedfokus på kontraster mellom ulike befolkningsområder og mellom vertskommune og øvrige kommuner i 2010. Dagkirurgi, poliklinisk rehabilitering, strålebehandling og kjemoterapi inngår ikke i definisjonen av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner.

I utgangspunktet var bestillingen å belyse utvikling i andel polikliniske kontroller over tid. Vi fant imidlertid at polikliniske kontroller ikke var tilstrekkelig pålitelig kodet til å belyse dette. Det analytiske fokuset har derfor vært dels å belyse endring i befolkningens poliklinikkforbruk på ulike kliniske fagområder, og dels variasjon i forbruk mellom de ulike befolkningsområdene i Helse Nord. Det er også undersøkt hvorvidt forskjeller i forbruk skyldes forskjell i antall konsultasjoner per pasient. Befolkningsområdene som er sammenliknet er opptaksområdene til hvert av lokalsykehusene i Helse Nord, her kalt boområder.

Datamaterialet er hentet fra Norsk Pasientregister (NPR) og omfatter nesten 500 000 ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus (2010). I tillegg benyttes aktivitetsdata for private avtalespesialister fra NPR, der vi på grunn av mangelfull rapportering i 2010 benytter tall for 2009. Ventetider og fristbrudd er hentet fra NPRs offisielle rapportgenerator, og gjelder for 2011. I del 1 beskrives utviklingen i totalt poliklinikkforbruk i perioden 2008-2010. Forbruk av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner økte med 5.7 % fra 2008 til 2010 for hele Helse Nord, mest for befolkningen i boområdet til UNN HF (+7.2 %), og minst for befolkningen i boområdet til Helgelandssykehuset HF (+2.7 %). I del 2 beskrives geografisk variasjon i forbruk av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner inkludert private avtalespesialister. Det gis også en oversikt over omfang og geografisk fordeling av aktive hjemler for private avtalespesialister i Helse Nord i 2009. Private avtalespesialister bidro i 2009 med 23 % av det samlede poliklinikkforbruket, men det er store både faglige og geografiske forskjeller i tilbudet. Befolkningen i boområdet til Nordlandssykehuset Bodø hadde 34 % av poliklinikkforbruket hos private avtalespesialister i 2009, mens tilsvarende andel for befolkningen i boområdet til Kirkenes sykehus var 2 %. I del 3 belyses geografisk variasjon i forbruk av polikliniske konsultasjoner på ulike kliniske fagområder/pasientgrupper. Variasjon mellom vertskommune (den kommunen hvor sykehuset er lokalisert) og øvrige kommuner i boområdet beskrives også for hvert enkelt fagområde/pasientgruppe. Til slutt oppsummeres noen trekk ved poliklinikkforbruket til befolkningen i hvert av boområdene.

Samlet sett er det betydelig variasjon i forbruk av polikliniske konsultasjoner i Norge. Befolkningen i opptaksområdet til Helgelandssykehuset HF har sammen med bosatte i opptaksområdet til Østfoldsykehuset HF høyest forbruk av ikke-kirurgisk poliklinikk i landet (1470 konsultasjoner per 1000 innbygger per år), inkludert forbruk hos private avtalespesialister. Bosatte i boområdet til Helse Stavanger HF har det laveste forbruket (950 konsultasjoner per 1000 innbygger per år), mens Helse Finnmark HF har nest lavest (1100 per 1000 innbygger per år). Innad i Helse Nord er det betydelig variasjon mellom befolkningsområder hva gjelder forbruk av polikliniske konsultasjoner på sykehus. For eksempel har befolkningen i boområdet til Mosjøen sykehus mer enn 30 ganger høyere forbruk av lysbehandling (målt i kjønns- og aldersjusterte rater) sammenliknet med befolkningen i boområdet til Lofoten sykehus. Bosatte i boområdet Mosjøen har 2.6 ganger høyere forbruksrate for diabeteskonsultasjoner enn bosatte i boområdet til Narvik sykehus. I enkelte tilfelle forklares forskjellene av ulik praksis mht konsultasjonsfrekvens, f. eks. i hoveddiagnosegruppen "Sykdommer under svangerskap, barsel og fødsel" der høyt forbruk er korrelert med høy konsultasjonsfrekvens (målt ved Pearsons korrelasjonskoeffisient,  $r=0.96$ ). Videre påvises for mange kliniske områder en betydelig vertskommuneeffekt. Eksempelvis har befolkningen i Tromsø kommune tre ganger høyere forbruk innen DRG 901D (Poliklinisk konsultasjon vedr MS, degenerative og andre nevrologiske lidelser) sammenliknet med befolkningen i de øvrige kommunene i boområdet til UNN Tromsø, og befolkningen i Vefsn kommune har mer enn fire ganger så høyt forbruk i DRG 809S (Basal sårbehandling) som befolkningen i de øvrige kommunene i boområde til Mosjøen sykehus (Grane og Hattfjelldal). Mangel på oppdaterte og sammenlignbare data for forbruk hos private avtalespesialister utgjør en potensiell feilkilde. Hensyn til faktisk tilbud av tjenester hos private spesialister i Helse Nord og deres geografiske fordeling må derfor vektlegges ved tolkning av resultatene i denne rapporten.



## Bakgrunn/problemstilling

Styret ved UNN HF fikk sommeren 2011 framlagt tall<sup>1</sup> som indikerte en betydelig økning i antall polikliniske kontroller til tross for at det motsatte lenge hadde hatt ledelsesmessig fokus. SKDE fikk derfor i oppdrag fra ledelsen på UNN å belyse følgende:

- *"Hvilke pasientgrupper/diagnosegrupper er det som øker mest på poliklinikkene?"*
- *"Hvilke pasientgrupper/diagnosegrupper utgjør de største forskjellene mellom vertskommunene og kommuner med lavt forbruk?"*
- *"Hvilke pasientgrupper/diagnosegrupper er det som har størst økning i registrerte kontroller?"*

Det viste seg etter kort tid at det var så store svakheter knyttet til koding av polikliniske kontroller at oppdraget med å beskrive utvikling i antall og andel polikliniske kontroller ikke lot seg besvare direkte. Rapporten prøver likevel å besvare spørsmålene gjennom alternative innfallsvinkler. Rapporten har følgende 3-delte disposisjon, som begrunnes nærmere i de neste avsnittene:

- Kodekvalitet: Er "kontroller" pålitelig kodet?
- Endring:
  - Innen hvilke kliniske fagområder har det vært en økning i polikliniske konsultasjoner?
  - I hvilken grad kan endringene forklares av endret kodepraksis som følge av innføring av medisinske prosedyrekoder (NCMP)?
- Forbrukskontraster:
  - Er det stor variasjon i befolkningens bruk av polikliniske tjenester når det tas hensyn til forbruk hos private avtalespesialister?
  - Skiller vertskommuner seg fra omkringliggende kommuner med hensyn til poliklinikkforbruk?
  - I hvilken utstrekning kan forbruksforskjeller forklares med varierende konsultasjonsfrekvens?

SKDE besluttet på eget initiativ å utvide analysen til også å gjelde befolkningen i boområdene til de øvrige helseforetakene i Helse Nord. Det er et betydelig fokus på ventetider og fristbrudd. Innhold og dimensjonering av de polikliniske tjenestene er derfor et viktig område for alle helseforetak. I tillegg gjør et større utvalg sammenligninger mellom ulike geografiske områder mulig.

---

<sup>1</sup> Virksomhetsrapport for juni/juli. (<http://unn-intra.unn.no/virksomhetsrapporter-unn/virksomhetsrapport-for-juni-og-juli-2011-article89964-23277.html>)

## Data og metode

Det er benyttet aktivitetstall fra Norsk pasientregister (NPR). Siste tilgjengelige årssett for aktivitet på sykehusene har vært fra 2010. For beregning av antall konsultasjoner per pasient benyttes pasiententydige data fra NPR med hjemmel i forskningskonsesjon ved SKDE. Aktivitetstall for private avtalespesialister foreligger kun for 2009, og var opprinnelig kun tilgjengelig på aggregert nivå, uten mulighet for nedbryting på diagnoser og takster, men ble helt i slutfasen av prosjektet tilgjengelig også på detaljert nivå, og er forsøkt integrert i analysen der det har vært mulig. Statistikk over ventetider og fristbrudd er hentet fra NPRs offisielle rapportgenerator<sup>2</sup>.

### Kodekvalitet for polikliniske kontroller

Polikliniske kontroller kodes i to variabler ut fra to ulike formål. I variabelen *henvisningstype* beskrives hva det fra henviser er henvist til og i variabelen *kontakttype*<sup>3</sup> beskrives konsultasjonens hensikt/art, jfr. Tabell 1.

Tabell 1 Kodeverk for polikliniske kontroller (NPR-melding)

Henvisningstype	Kontakttype
1 Utredning	1 Utredning
2 Behandling (evnt. også videre utredning)	2 Behandling
<b>3 Kontroll</b>	<b>3 Kontroll</b>
4 Generert for Ø-hjelpspasient	5 Indirekte pasientkontakt
5 Friskt nyfødt barn	12 Pasientadministrert behandling
6 Graviditet	13 Opplæring
7 Omsorg, botilbud eller annet	

Koding i feltet *henvisningstype* gjøres delvis ut fra hensyn til ventelistehåndtering, og har også betydning for offentlig ventetidsstatistikk, ettersom *henvisningstype* 3-5 ekskluderes fra ventetidsstatistikken.

I denne analysen er vi primært opptatt av konsultasjonens art/hensikt, og dermed kodingen av kontroller i variabelen *kontakttype*. Det er imidlertid en avhengighet mellom de to variablene i Dips, ettersom Dips automatisk foreslår "kontroll" som kode også for *kontakttype* dersom *henvisningstype* er kodet som kontroll. Ved koding av kontroller i variabelen *kontakttype* må dermed default-innstillingen i Dips aktivt overskrives. Det er uklart om sekretærene ved kodingen har den informasjonen som skal til for å gjøre dette valget.

En ringerunde til poliklinikker ved UNN Tromsø høsten 2011 antydte ulik kodepraksis mellom poliklinikker. Noen oppga at alle konsultasjoner etter første oppmøte systematisk kodes som kontroller, selv om mange vil være ledd i en behandlingsserie. Det bør også nevnes at det ikke finnes noen nasjonal definisjon av kontroller.

For å undersøke hvordan kontroller faktisk kodes, er det gjort stikkprøver i datasettet. Vi har blant annet undersøkt kodingen av konsultasjoner med "kontroll" i diagnose- eller prosedyretekst. Disse ville vi forvente ble kodet som kontroller (eksempelvis svangerskapskontroller). I motsatt ende av skalaen har vi undersøkt hvordan polikliniske konsultasjoner der innholdet har karakter av behandling (eksempelvis kjemoterapi) faktisk blir kodet. Vi finner da at kontroller ikke konsekvent kodes som kontroller og at åpenbare behandlingstiltak også kodes som kontroll, jfr. Tabell 2. For det store volumet av etterundersøkelser (Z09 og Z08) finner vi en høyere andel konsultasjoner kodet som kontroll (i snitt ca 80 %). Disse undersøkelsene har imidlertid så stort omfang at selv 20 % manglende kode i vesentlig grad påvirker rateberegningene. Det er også betydelig variasjon mellom

<sup>2</sup> <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-nord.aspx>

<sup>3</sup> Lik "Konsultasjonstype" i Dips.

foretaksområder i hvor stor andel av etterundersøkelsene som kodes som kontroller, noe som tilsier at kodede kontroller heller ikke er sammenlignbare på tvers av behandlingssenheter.

Tabell 2 Andel konsultasjoner kodet som "kontroller" for utvalgte prosedyrer/grupper. Bosatte Helse Nord 2010.

	Andel kodet som kontroll			
	N	Gj. snitt	Min	Max
Z34 Kontroll av normalt svangerskap	6631	24%	5%	46%
DXGT05 Kontroll av høreapparat	6561	41%	3%	82%
Z09 Etterus etter behandl for andre tilstander enn ondartet svulst	17276	77%	54%	83%
Z08 Etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst	9097	81%	75%	90%
...				
DRG 410A-410D Kjemoterapi	8955	17%	3%	72%
QXGX10 Lysbehandling	26767	13%	1%	41%
DRG 809S Basal sårbehandling	6674	51%	30%	80%
Kontakter med kirurgiske prosedyrekoder	65802	32%	28%	40%

### Valg av analytisk innfallsvinkel

I mangel av pålitelige og sammenlignbare data for polikliniske kontroller har vi valgt en annen innfallsvinkel. I denne rapporten fokuseres det på kontraster i befolkningens forbruk av polikliniske tjenester, unntatt dagkirurgi, poliklinisk rehabilitering, stråleterapi, kjemoterapi. Poliklinikk står for ca 80 % av alle kontakter med spesialisthelsetjenesten og utgjør størstedelen av grenseflaten mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kontrollene inngår i denne virksomheten, og eventuelle påviste kontraster/variasjoner i poliklinikkforbruk vil derfor også omfatte kontrollvirksomheten.

John Wennberg<sup>4</sup> m.fl. har gjennom omfattende forskning vist at de største variasjonene i forbruk av helsetjenester for sammenliknbare befolkningsgrupper foreligger på områder der det enten er uklare indikasjoner eller forskjeller i tilgjengelighet. Hypotesen er altså at store variasjoner i forbruk av helsetjenester i større grad er et uttrykk for variasjon i medisinsk praksis og i tilgjengelighet av tjenester enn for variasjon i sykkelighet/behov for helsetjenester. Hovedfokus i denne rapporten er derfor å belyse variasjon i den nordnorske befolkningens bruk av polikliniske tjenester, begrenset til det som her kalles ikke-kirurgisk poliklinikk og som utgjør ca 90 % av all poliklinisk aktivitet.

Det er en politisk målsetting for norsk helsetjeneste at befolkningen skal ha lik tilgang til tjenester uavhengig av bl.a. bosted, alder og kjønn. Påvist variasjon i forbruk av en tjeneste kan indikere ulik tilgang, men sier i seg selv ikke noe om hva som er under- eller overforbruk. Hva som er riktig nivå for forbruk av en tjeneste i en gitt befolkning må avgjøres på medisinsk grunnlag og i diskusjon mellom de ulike aktørene. I denne rapporten tas det derfor ikke stilling til rett eller galt når det påvises variasjon. Det er imidlertid et håp at det å påvise praksisvariasjon i seg selv vil gi opphav til relevante spørsmål og diskusjoner om indikasjonsstillinger og riktig bruk av polikliniske tjenester, om riktig oppgavefordeling mellom allmennlegetjeneste og spesialisthelsetjeneste for ulike pasientgrupper, og på sikt resultere i redusert praksisvariasjon.

<sup>4</sup> Se f.eks. Wennberg, J. (2010): "Tracking Medicine. A Researcher's Quest to Understand Health Care." ISBN-13: 978-0-19-973178-7, Oxford University Press, New York, New York.

## Utvalg

Resultatene i denne rapporten baserer seg på følgende utvalg:

- Bosatte i Helse Nord, eksklusive bosatte i Bindal kommune<sup>5</sup>
- Konsultasjonsdato i 2010 for polikliniske konsultasjoner på sykehus, og konsultasjonsdato i 2009 for private spesialister<sup>6</sup>. For beskrivelse av tidstrend benyttes tall for perioden 2008-2010.
- Alle behandlingssteder (andel behandlet i Helse Nord er 97%)
- Dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og poliklinisk rehabilitering er ekskludert, ettersom det er den klassiske polikliniske konsultasjonen som er i fokus

Geografisk variasjon er belyst for befolkningen i ulike sykehusboområder, definert som bosatte i kommunene i optaksområdet til hvert av de 11 lokalsykehusene i Helse Nord.

Et viktig ankepunkt er at vi mangler sammenlignbare og oppdaterte data for konsultasjoner hos private avtalespesialister. Samlet utgjør konsultasjoner hos private avtalespesialister ca ¼ av den polikliniske aktiviteten for bosatte i Helse Nord, men tilgjengelighet både geografisk og faglig varierer i betydelig grad. Dette er forsøkt tatt hensyn til ved innledningsvis å vise samlet poliklinikkforbruk ved sykehus og hos private avtalespesialister i de ulike boområdene, samt samlet poliklinisk aktivitet per ICD-10-kapittel. Vi gjengir også samlet forbruk for enkelte undergrupper der takster for private spesialister gjør det mulig å identifisere grupper som er sammenlignbare med valgte DRGer. Hoveddiagnosekapitlene i ICD-10-kodeverket er ikke direkte sammenlignbare med hoveddiagnosegruppene i DRG-systemet, som er valgt som klassifikasjonssystem i denne analysen. Samlet sett er 70 % av konsultasjonene som studeres i denne rapporten plassert i samme hoveddiagnosekapittel i de to klassifikasjonssystemene, jfr. Tabell 11 i vedlegget, som viser fordeling av ICD-10-kapitler per hoveddiagnosekapittel (HDG) i DRG-systemet. I figurer som viser sykehusforbruk alene er i tillegg boområder med tilgang på privat avtalespesialist innen aktuelt fagfelt merket med en stjerne (\*). For disse boområdene er det viktig å ha i mente at gjengitte forbrukstall for sykehuskonsultasjoner ikke gir uttrykk for samlet poliklinisk aktivitet.

## Forbruksmål

I rapporten benyttes to forbruksmål:

- Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger (alders- og kjønnsstandardisert), her kalt forbruksrater eller konsultasjonsrater
- Gjennomsnittlig antall sykehuskonsultasjoner per pasient per år, her kalt konsultasjonsfrekvens

Forbruksratene er justert for ulik alders- og kjønns sammensetning i boområdene ved å standardisere mot Norges befolkning i 2009 (direkte metode). Med unntak for boområdene Tromsø og Hammerfest medfører standardiseringen at forbruksratene reduseres i forhold til faktiske rater. Reduksjonen er opp mot 5 % -10 %, avhengig av pasientgruppe. Reduksjonen er størst for boområdene som sokner til Mosjøen og Lofoten sykehus. For boområdene Tromsø og Hammerfest endrer standardiseringen forbruksratene i liten grad, men for enkelte pasientgrupper er de standardiserte ratene høyere enn de faktiske. Forbruksrater for konsultasjoner hos private spesialister er kun aldersstandardisert, da opplysninger om kjønn er mangelfullt i dette datasettet.

Videre beregnes antall sykehuskonsultasjoner per pasient per år for ulike pasientgrupper. Beregningen gjøres på bakgrunn av pasientenydige data fra NPR som SKDE har en forskningskonsesjon knyttet til. Vi legger til grunn at tilstrømmingen av pasienter i alle boområder er jevnt fordelt over året, slik at man i gjennomsnitt har observert pasienter like lenge i alle boområder. Data for private avtalespesialister inneholder ikke personentydig identifikator. Det er

<sup>5</sup> Bindal kommune er ekskludert fordi bosatte her i praksis benytter Namsos sykehus som lokalsykehus (80 % av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner foregikk ved Namsos sykehus).

<sup>6</sup> På grunn av lav dekningsgrad (antatt ca 60 %) i rapporteringen fra private spesialister til NPR for 2010 er det kun tall for 2009 som er tilgjengelige. For 2009 er antatt dekningsgrad (definert som antall spesialister som har rapportert på gyldig format til NPR) ca 80 %.



derfor ikke mulig å beregne konsultasjonsfrekvens som inkluderer konsultasjoner hos private spesialister.

Ved å beregne korrelasjonen (Pearsons korrelasjonskoeffisient) mellom standardiserte forbruksrater på sykehus og konsultasjonsfrekvens på sykehus får man en indikasjon på om eventuell variasjon i sykehusbruk skyldes ulik konsultasjonsfrekvens eller andre forhold. Dette kan f.eks. være avvikende terskel/indikasjonsstilling, ulik kapasitet eller avvikende arbeidsdeling i forhold til primærhelsetjenesten.

I tillegg har det vært en intensjon å ha et sideblikk på kliniske områder med høy andel fristbrudd og/eller lange ventetider for polikliniske pasienter med rett til helsehjelp. Generelt finner vi ikke sterk assosiasjon mellom disse, men kommenterer områder der vi finner sammenhenger. Oversikt over avviklede ventetider og fristbrudd for polikliniske pasienter med rett til nødvendig helsehjelp per fagområde og behandlende HF er gjengitt i vedlegget (fra og med side 122).

### Definisjon av pasientgrupper

For beskrivelse av forbrukskontraster (i data fra 2010) er definisjonen av pasientgrupper basert på klassifikasjonen i DRG-systemet i form av hoveddiagnosegrupper (HDG) eller enkelt-DRGer. DRG-klassifiseringen er foretrukket framfor klassifiseringen i ICD-10-kodeverket fordi DRG-systemet i større utstrekning enn ICD-10 fordeler konsultasjoner med uspesifikk/manglende diagnose til sykdomsområder (organsystem). I ICD-10 klassifiseringen havner en stor andel konsultasjoner (26 %) i uspesifikke grupper som kapitlene "Faktorer med betydning for helsetilstanden" (Z-diagnoser) og "Symptomer" (R-diagnoser). Til sammenligning er den uspesifikke gruppen i HDG-klassifikasjonen ("Faktorer som påvirker helsetilstanden") på 10 %. Sammenligning ved hjelp av HDGer antas derfor å være mindre sårbar for ulik kodepraksis mellom behandlere. I tillegg beskriver DRG-klassifikasjonen i en viss utstrekning også prosedyrer, noe kan gjøre det lettere å forstå innholdet i konsultasjonen, sammenlignet med klassifisering basert på diagnoseinformasjon alene. Et unntak er imidlertid gjort for kreftområdet: I DRG-systemet er ikke "Svulster" et eget kapittel og i analysen brukes derfor ICD-10-kodeverket for nærmere beskrivelse av kreftområdet.

Kapittelinnstillingen i ICD-10 og i DRG-systemet er noenlunde sammenfallende og følger i grove trekk organsystemene. Den volummessige fordelingen mellom kapitlene avviker imidlertid. Tabell 11, side 115 i vedlegget, viser hvordan hoveddiagnosegruppene i ICD-10 fordeler seg per hoveddiagnosegruppe (HDG) i DRG-systemet.

Rapporten omfatter et stort antall polikliniske konsultasjoner (468 302 konsultasjoner på sykehus (2010) og 134 585 konsultasjoner hos private spesialister (2009)). Det er derfor ikke mulig å beskrive alle pasientgrupper inngående. I gjennomgangen fordeles konsultasjonene på de 18 største HDGene, og videre ned på ca 35 enkelt-DRGer. I tillegg vises i noen tilfeller pasientgrupper brutt ned på største hoveddiagnose- eller prosedyrekoder. Utvalget av DRGer er basert på volumbetraktninger og skjønn, blant annet er store sekkepost-DRGer med lite beskrivende titler utelatt. Grafene er ikke kommentert enkeltvis, men hovedtrekkene innenfor et fagområde er forsøkt oppsummert i grove trekk ved inngangen til avsnittet. Vurdering av resultatene overlates derfor i betydelig grad til leseren. Slik sett er rapporten mer å betrakte som et tabellverk enn som ferdigdrøftede funn.

I framstillingen av resultater forutsetter vi at det ikke foreligger systematiske forskjeller i kodepraksis når det gjelder koding av diagnoser og prosedyrer mellom behandlende enheter. Vi kan imidlertid ikke utelukke at noen av ulikhetene som presenteres i hovedsak skyldes ulik kodepraksis.

I tilfeller der det er åpenbart at ulik koding fører til ulik fordeling per DRG, er pasientgrupper brutt ned etter hoveddiagnose og/eller prosedyre i stedet for etter DRG (bl.a. gjelder dette svangerskapsundersøkelser). Risikoen for avvikende kodepraksis øker med økende disaggregering. Laveste nivå her er DRGer, ICD-10 kategoriblokker, og i enkelte tilfeller hoveddiagnose på 3-tegnsnivå, samt prosedyrekoder (NCMP) og takster (private avtalespesialister).

### Inndeling i geografiske områder

Befolkningen benytter i stor grad polikliniske tjenester ved sitt lokalsykehus når tjenesten finnes der. Vi forventer derfor at forskjell i observerte forbruksrater mellom ulike boområder gjenspeiler lokale praksisforskjeller mellom behandlingseenhetene. Vi analyserer derfor befolkningsboområdene for hvert av de 11 behandlingseenhetene i Helse Nord ("lokalsykehusene"). Egendekningsgraden, dvs. i hvilken grad befolkningen får tjenesten utført ved eget lokalsykehus, varierer imidlertid mellom

behandlingsenhetene. Lavest egendekningsgrad finner vi ved UNN Narvik (58 %) og høyest ved UNN Tromsø (95 %). Forøvrig er egendekningsgraden som følger: Nordlandssykehuset Bodø (92 %), UNN Harstad (82 %), Helse Finnmark-klinikk Kirkenes (75 %), Helgelandssykehuset Mosjøen (71 %), Helgelandssykehuset Rana (70 %), Helse Finnmark-klinikk Hammerfest (70 %), NLSH Vesterålen (68 %), NLSH Lofoten (66 %) og Helgelandssykehuset Sandnessjøen (64 %). Det vil derfor variere noe i hvor sterk grad befolkningens poliklinikkforbruk kan assosieres med lokal praksisprofil.

Videre skiller vi mellom vertskommuner for sykehus og omkringliggende kommuner ettersom det er kjent at forbruket hos befolkningen i vertskommuner for sykehus er høyere enn hos befolkningen i andre kommuner.

Tabell 10 i vedlegget viser innbyggertall per sykehusboområde (2010). Færrest innbyggere finner vi i opptaksområdet til Mosjøen sykehus. Det er derfor størst usikkerhet knyttet til rateberegningen for bosatte i dette boområdet, og da særlig gruppen av kommuner uten vertsfunksjon for sykehus (kalt "Øvrige").

### Angivelse av usikkerhet og vurdering av stabilitet over tid

I analysen av forbrukskontraster benyttes tall kun for 2010. I noen tilfeller betyr dette små tall når det drilles ned på geografi og pasientgrupper. Konfidensintervall for standardiserte rater per boområde er derfor oppgitt for hver av hoveddiagnosegruppene. I tillegg er antall konsultasjoner som ratene er beregnet ut fra, oppgitt i figurteksten (med laveste og høyeste observerte N per sykehusområde oppgitt i parentes).

I tilfeller der presenterte DRGer også var definert i 2009 er det beregnet korrelasjonskoeffisienter (ikke vist) mellom disse for å undersøke graden av stabilitet over år. Generelt finner vi høy korrelasjon (gjennomsnittlig 0,8 for 27 undersøkte DRGer).

### Trendbeskrivelse

Polikliniske konsultasjoner er DRG-klassifisert i fullt omfang først fra 2010. Gruppene i DRG-klassifikasjonen kan derfor ikke benyttes til å beskrive endringer over tid. SKDE har heller ikke hatt tilgang til data som viser ved hvilken klinikk eller avdeling aktiviteten er utført. Utvikling over tid er derfor beskrevet i henhold til kapittel- og blokkinnstillingen i ICD-10. Overgang til medisinske prosedyrekoder (NCMP) fra 2010 har imidlertid gjort en del Z-diagnosekoder med prosedyreinhold overflødige, og medført at mange konsultasjoner skifter hoveddiagnosekapittel i ICD-10. I tillegg har det i løpet av perioden blitt gitt utvidet adgang for andre profesjonsgrupper enn leger til å utløse egenandeler og poliklikkrefusjon. Deler av denne aktiviteten har også foregått tidligere, men da uten å bli registrert i NPR. De store endringene vi observerer på hoveddiagnosekapitteinivå (20 % - 40 % økning i perioden for mange kapitler) er dermed ikke nødvendigvis reelle, men kan skyldes endret kodepraksis og endrede rammebetingelser. Se nærmere drøfting av dette i resultatkapitlet, fra side 10.

## Videre disposisjon for rapporten

I del 1 i resultatdelen beskrives utviklingen i antall polikliniske sykehuskonsultasjoner i perioden 2008-2010, sammenholdt med antall polikliniske pasienter i perioden. Videre beskrives kort endringer innen fagområder i perioden, når det også tas hensyn til endret kodepraksis som følge av innføring av medisinske prosedyrekoder (NCMP).

I del 2 i resultatdelen beskrives bruken av polikliniske tjenester per boområde fordelt mellom sykehus og private avtalespesialister. For sykehusbehandling benyttes tall for 2010, mens det for private avtalespesialister benyttes tall for 2009. Det er viktig å være klar over at beskrevne variasjoner ikke kan tolkes uten å ta forbruk hos private spesialister med i betraktning.

Hovedfokus i rapporten er på kontraster i befolkningens bruk av polikliniske tjenester (del 2 og 3). Resultatene er samlet innenfor sykdomsområder/kliniske fagområder, som i grove trekk tilsvarende kapittelinnstillingen i ICD-10 og DRG-systemet. Fra hoveddiagnosegruppene er det drillet ned på de vanligste DRGene, og/eller på de vanligste hoveddiagnosene/prosedyrekodene. Til sist i del 3 oppsummeres de viktigste trekkene for hvert boområde.

## Resultater

### Del 1: Utvikling i antall polikliniske konsultasjoner 2008-2010

De påfølgende tabellene viser utvikling i polikliniske konsultasjoner på sykehus for bosatte i Helse Nord totalt (Tabell 3), og per boHF (Tabell 4-Tabell 7) i perioden 2008-2010, når polikliniske konsultasjoner inndeles etter en modifisert variant av variabelen behandlingsnivå<sup>7</sup>, som skiller mellom poliklinisk dagkirurgi, poliklinisk rehabilitering, stråleterapi, kjemoterapi og "ikke-kirurgisk poliklinikk". Gruppen "ikke-kirurgisk poliklinikk" står for 90 % av volumet, og utgjør gruppen som er hovedfokus i denne rapporten.

Samlet økte antall polikliniske sykehuskonsultasjoner for bosatte i Helse Nord med 1,3 % fra 2008 til 2009, og med 6.3 % fra 2009 til 2010. Økningen i stråleterapi i 2010 er av teknisk karakter, da 2010 var det første året denne aktiviteten ble rapportert inn til NPR i fullt omfang. Den reelle økningen vi observerer fra 2008 til 2010 er dermed i hovedsak knyttet til gruppen "ikke-kirurgisk poliklinikk". Ikke-kirurgisk poliklinikk økte med 1.7 % fra 2008 til 2009 og med 3.9 % fra 2009 til 2010. Økningen i perioden 2008-2010 var størst i boområdet til UNN HF (+7.2%) og minst i boområdet til Helgelandssykehuset HF (+1.6%). For bosatte i boområdet til UNN Tromsø økte ikke-kirurgisk poliklinikk med 7.6 % fra 2008 til 2009 og med 10.0 % fra 2009 til 2010 (Tabell 5). Samtidig ble ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner for bosatte i boområdet til UNN Narvik redusert med totalt 21.0 % i perioden, hovedsaklig innen hudsykdommer og gynekologi. Også bosatte i boområdet Mosjøen hadde en nedgang (-1.8%) i ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner i perioden (Tabell 7).

Tabell 3 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus etter behandlingsnivå og boområde. Bosatte i Helse Nord RHF 2008-2010.

Boområde	Behandlingsnivå	2008	2009	2010	Andel 2010	Endring 2008-10	Endring % 2008-10
Helse Nord	Poli kons ikke-kir	441426	449064	466640	90.0%	25214	5.7%
	Poli dagkir	17957	18948	20140	3.9%	2183	12.2%
	Poli kons stråle	2250	872	15926	3.1%	13676	
	Poli kons kjemo	12687	12275	8956	1.7%	-3731	-29.4%
	Poli kons rehab	7025	6559	6780	1.3%	-245	-3.5%
	Totalt		481345	487718	518442	100.0%	37097

<sup>7</sup> Behandlingsnivå er en ny variabel definert av Helsedirektoratet etter fullskala innføring av polikliniske DRGer i 2010. Variabeldefinisjonen er her modifisert som følger: Kontakter kodet med fremmøte til kjemoterapi (Z511 og Z512) er lagt til kategorien "poli kons kjemo", kontakter kodet med fremmøte til strålebehandling (Z510) er lagt til kategorien "poli kons stråle", mens kontakter kodet med "Kontakt med helsetjenesten for behandling som omfatter rehabiliteringstiltak (Z50) lagt til kategorien "Poli kons rehab".

Tabell 4 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus etter behandlingsnivå og boområde. Bosatte i Helse Finnmark HF's opptaksområde 2008-2010.

Boområde	Behandlingsnivå	2008	2009	2010	Andel 2010	Endring 2008-10	Endring % 2008-10
Boområde	Poli kons ikke-kir	27292	30473	28648	90.2%	1356	5.0%
Kirkenes sh	Poli dagkir	1163	1261	1464	4.6%	301	25.9%
	Poli kons stråle	21	32	793	2.5%	772	
	Poli kons kjemo	671	606	480	1.5%	-191	-28.5%
	Poli kons rehab	354	254	387	1.2%	33	9.3%
	Totalt	29501	32626	31772	100.0%	2271	7.7%
Boområde	Poli kons ikke-kir	38977	38909	40676	88.9%	1699	4.4%
Hammerfest sh	Poli dagkir	1923	1949	2190	4.8%	267	13.9%
	Poli kons stråle	48	64	1224	2.7%	1176	
	Poli kons kjemo	1052	1105	940	2.1%	-112	-10.6%
	Poli kons rehab	461	689	725	1.6%	264	57.3%
	Totalt	42461	42716	45755	100.0%	3294	7.8%

Tabell 5 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus etter behandlingsnivå og boområde. Bosatte i UNN HF's opptaksområde 2008-2010.

Boområde	Behandlingsnivå	2008	2009	2010	Andel 2010	Endring 2008-10	Endring % 2008-10
Boområde	Poli kons ikke-kir	100468	108076	118911	89.7%	18443	18.4%
UNN Tromsø	Poli dagkir	4061	4536	4784	3.6%	723	17.8%
	Poli kons stråle	134	204	3988	3.0%	3854	
	Poli kons kjemo	3114	2929	1944	1.5%	-1170	-37.6%
	Poli kons rehab	3100	2921	2918	2.2%	-182	-5.9%
	Totalt	110877	118666	132545	100.0%	21668	19.5%
Boområde	Poli kons ikke-kir	40679	41066	41570	91.3%	891	2.2%
UNN Harstad	Poli dagkir	1297	1404	1674	3.7%	377	29.1%
	Poli kons stråle	38	86	1103	2.4%	1065	
	Poli kons kjemo	1189	1020	806	1.8%	-383	-32.2%
	Poli kons rehab	507	729	382	0.8%	-125	-24.7%
	Totalt	43710	44305	45535	100.0%	1825	4.2%
Boområde	Poli kons ikke-kir	32633	23816	25779	90.6%	-6854	-21.0%
UNN Narvik	Poli dagkir	1046	984	1252	4.4%	206	19.7%
	Poli kons stråle	53	77	558	2.0%	505	
	Poli kons kjemo	707	755	588	2.1%	-119	-16.8%
	Poli kons rehab	186	285	263	0.9%	77	41.4%
	Totalt	34625	25917	28440	100.0%	-6185	-17.9%

Tabell 6 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus etter behandlingsnivå og boområde. Bosatte i Nordlandssykehuset HF's opptaksområde 2008-2010.

Boområde	Behandlingsnivå	2008	2009	2010	Andel 2010	Endring 2008-10	Endring % 2008-10
Boområde	Poli kons ikke-kir	24979	25646	27065	89.1%	2086	8.4%
NLSH	Poli dagkir	1129	1129	1238	4.1%	109	9.7%
Vesterålen	Poli kons stråle	160	81	1014	3.3%	854	
	Poli kons kjemo	882	900	730	2.4%	-152	-17.2%
	Poli kons rehab	275	365	332	1.1%	57	20.7%
	<b>Totalt</b>	<b>27425</b>	<b>28121</b>	<b>30379</b>	<b>100.0%</b>	<b>2954</b>	<b>10.8%</b>
Boområde	Poli kons ikke-kir	21514	22426	23647	91.0%	2133	9.9%
NLSH	Poli dagkir	903	945	859	3.3%	-44	-4.9%
Lofoten	Poli kons stråle	169	61	990	3.8%	821	
	Poli kons kjemo	519	435	411	1.6%	-108	-20.8%
	Poli kons rehab	225	128	83	0.3%	-142	-63.1%
	<b>Totalt</b>	<b>23330</b>	<b>23995</b>	<b>25990</b>	<b>100.0%</b>	<b>2660</b>	<b>11.4%</b>
Boområde	Poli kons ikke-kir	69220	69831	72342	90.6%	3122	4.5%
NLSH Bodø	Poli dagkir	2817	2831	2760	3.5%	-57	-2.0%
	Poli kons stråle	1177	171	2863	3.6%	1686	
	Poli kons kjemo	2127	2125	1416	1.8%	-711	-33.4%
	Poli kons rehab	497	386	437	0.5%	-60	-12.1%
	<b>Totalt</b>	<b>75838</b>	<b>75344</b>	<b>79818</b>	<b>100.0%</b>	<b>3980</b>	<b>5.2%</b>

Tabell 7 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus etter behandlingsnivå og boområde. Bosatte i Helgelandssykehuset HF's opptaksområde 2008-2010.

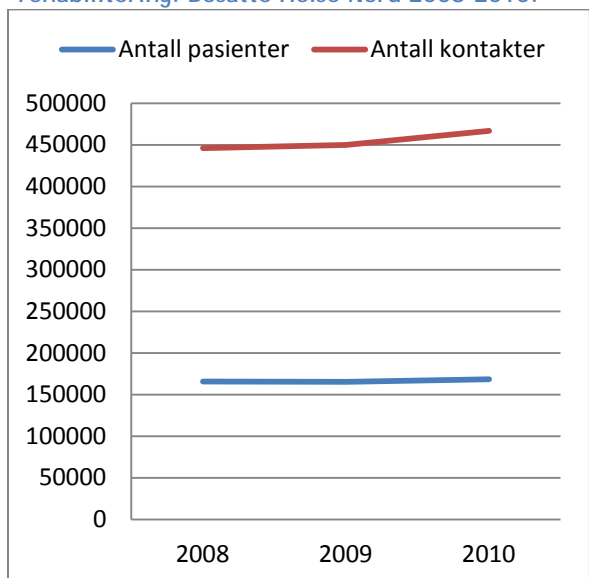
Boområde	Behandlingsnivå	2008	2009	2010	Andel 2010	Endring 2008-10	Endring % 2008-10
Boområde	Poli kons ikke-kir	33568	35720	35802	89.6%	2234	6.7%
Rana sh	Poli dagkir	1477	1676	1657	4.1%	180	12.2%
	Poli kons stråle	251	53	1411	3.5%	1160	
	Poli kons kjemo	1314	1276	712	1.8%	-602	-45.8%
	Poli kons rehab	495	302	377	0.9%	-118	-23.8%
	<b>Totalt</b>	<b>37105</b>	<b>39027</b>	<b>39959</b>	<b>100.0%</b>	<b>2854</b>	<b>7.7%</b>
Boområde	Poli kons ikke-kir	24499	24744	24064	90.8%	-435	-1.8%
Mosjøen sh	Poli dagkir	958	1066	981	3.7%	23	2.4%
	Poli kons stråle	75	13	876	3.3%	801	
	Poli kons kjemo	378	443	444	1.7%	66	17.5%
	Poli kons rehab	155	96	139	0.5%	-16	-10.3%
	<b>Totalt</b>	<b>26065</b>	<b>26362</b>	<b>26504</b>	<b>100.0%</b>	<b>439</b>	<b>1.7%</b>
Boområde	Poli kons ikke-kir	27597	28357	28136	88.6%	539	2.0%
Sandnessjøen sh	Poli dagkir	1183	1167	1281	4.0%	98	8.3%
	Poli kons stråle	124	30	1106	3.5%	982	
	Poli kons kjemo	734	681	485	1.5%	-249	-33.9%
	Poli kons rehab	770	404	737	2.3%	-33	-4.3%
	<b>Totalt</b>	<b>30408</b>	<b>30639</b>	<b>31745</b>	<b>100.0%</b>	<b>1337</b>	<b>4.4%</b>



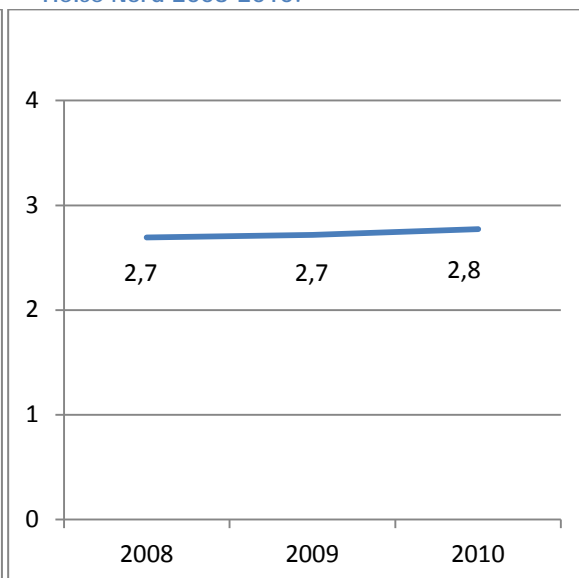
### Utvikling i konsultasjonsfrekvens

Figur 1 og Figur 2 viser utvikling i antall konsultasjoner og antall pasienter for bosatte i Helse Nord. Antall konsultasjoner per pasient økte fra i snitt 2.7 konsultasjoner per pasient per år i 2008/2009 til 2.8 konsultasjoner per pasient per år i 2010. Tilsvarende tall per bo-HF er vist i Figur 3-Figur 6.

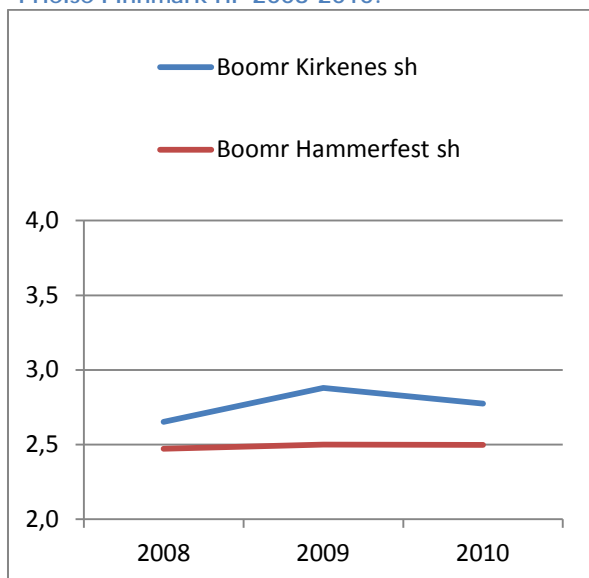
Figur 1 Antall polikliniske konsultasjoner og antall polikliniske pasienter på sykehus. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte Helse Nord 2008-2010.



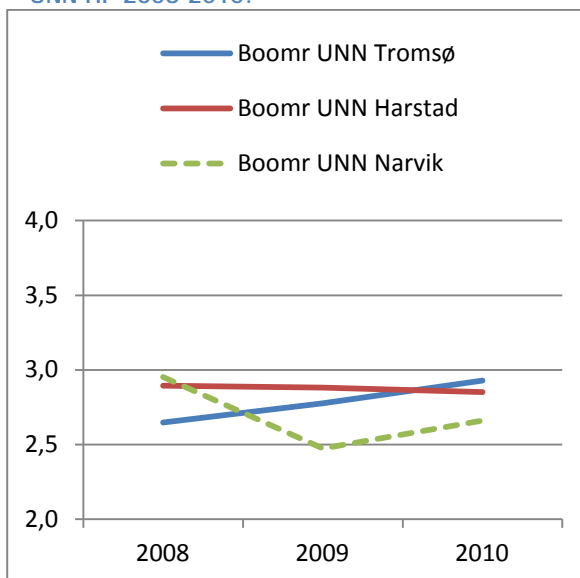
Figur 2 Antall polikliniske konsultasjoner per pasient på sykehus. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte Helse Nord 2008-2010.



Figur 3 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus per pasient. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte i Helse Finnmark HF 2008-2010.



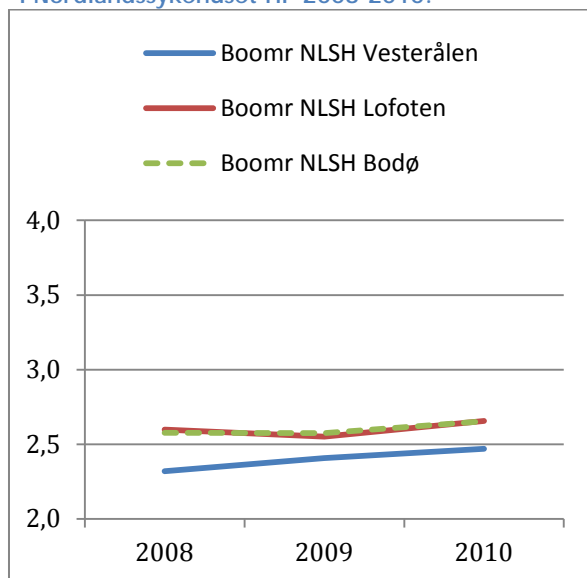
Figur 4 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus per pasient. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte UNN HF 2008-2010.



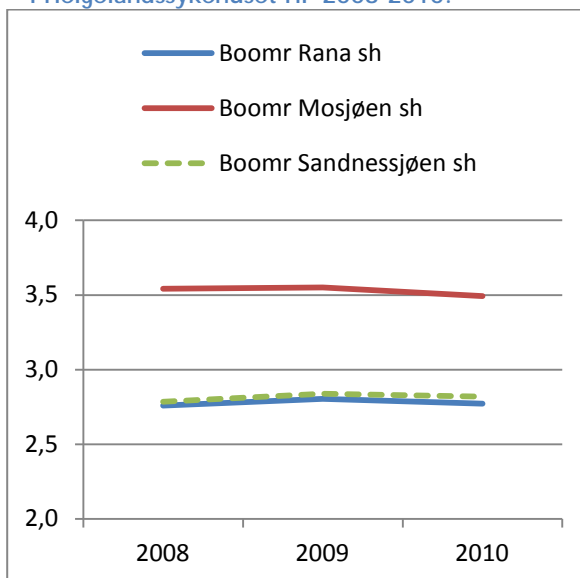
Konsultasjonsfrekvensen for bosatte i boområde Hammerfest var stabilt lav i hele perioden (2.5 konsultasjoner per pasient), mens konsultasjonsfrekvensen for bosatte i Kirkenes-området økte (fra 2.7 til 2.8 konsultasjoner per pasient per år).

Bosatte i opptaksområdet til UNN Tromsø økte sin konsultasjonsfrekvens i perioden (fra 2.6 til 2.9 konsultasjoner per pasient), mens bosatte i UNN Narvik reduserte sin konsultasjonsfrekvens (fra 3.0 til 2.7 konsultasjoner per pasient). Konsultasjonsfrekvensen for bosatte i opptaksområdet til UNN Harstad var stabil (2.9) gjennom perioden.

Figur 5 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus per pasient. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte i Nordlandssykehuset HF 2008-2010.



Figur 6 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus per pasient. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte i Helgelandssykehuset HF 2008-2010.



Bosatte i Nordlandssykehuset Vesterålen økte sin konsultasjonsfrekvens i perioden, men hadde fortsatt i 2010 færrest konsultasjoner per pasient (2.5 konsultasjoner per pasient). Bosatte i de to andre boområdene økte fra 2.6 til 2.7 konsultasjoner per pasient.

Bosatte i boområdet til Helgelandssykehuset HF hadde stabil konsultasjonsfrekvens i perioden. Bosatte i opptaksområdet til Mosjøen sykehus har imidlertid markert høyere konsultasjonsfrekvens (+ 26 %) sammenlignet med andre sykehus i Helse Nord (3.5 konsultasjoner per pasient i 2010).

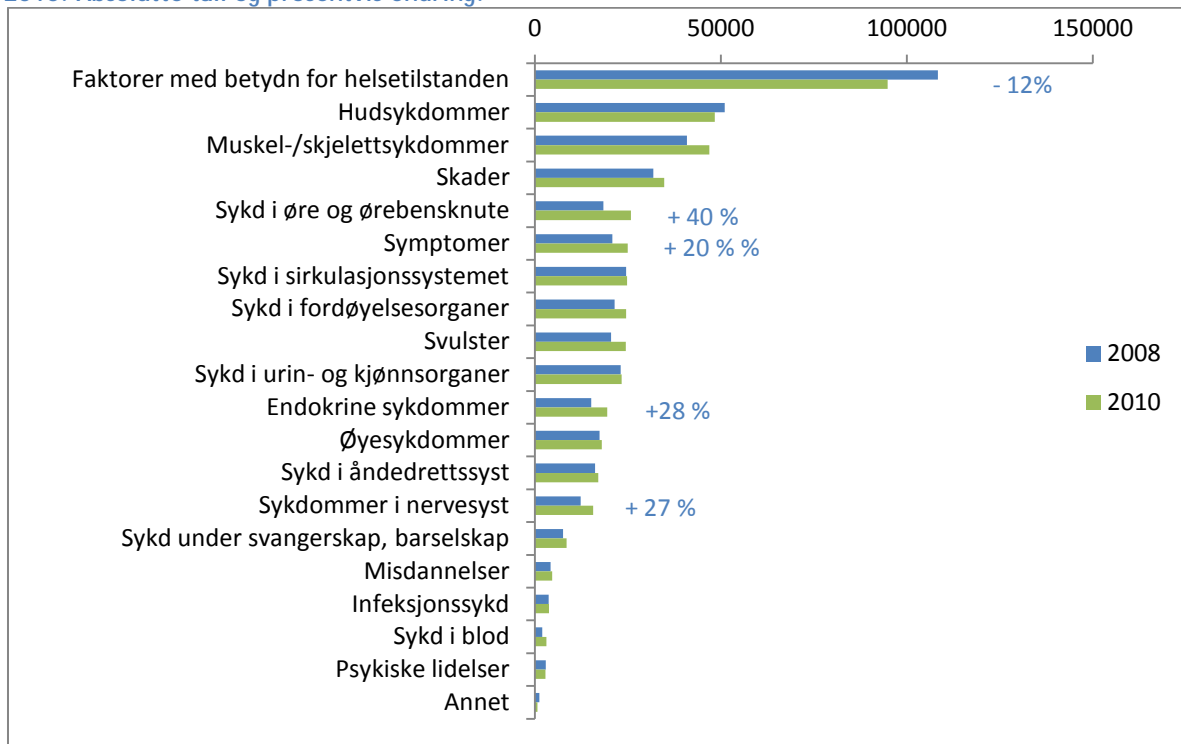
#### Endring i poliklinisk aktivitet per klinisk område

Vi har i denne analysen ikke hatt tilgang til data som viser ved hvilken klinikk, avdeling eller poliklinikk virksomheten er utført. Muligheten for å drille ned på kliniske områder finnes dermed utelukkende i diagnosekodeverket slik det er praktisert ved de ulike behandlingsstedene, og er i tillegg prisgitt de tekniske endringene som har funnet sted. På grunn av overgang fra koding av prosedyrer gjennom ICD-10 kodeverket (Z-koder) til medisinske prosedyrekoder (NCMP) fra 2010 er endringer per hoveddiagnosekapittel vanskelige å tolke. Bruk av Z-koder har tidligere plassert slike konsultasjoner i kapitlet "Faktorer med betydning for helsetilstanden". Bruk av prosedyrekoder med koding av pasientens sykdom som hoveddiagnose vil endre kapitteltilhørighet for mange konsultasjoner. Eksempelvis ble kapitlet "Faktorer med betydning for helsetilstanden" redusert med ca 13 500 konsultasjoner (-12.5%) fra 2008 til 2010. jfr. Figur 7. En femtedel av denne nedgangen kan forklares av endret koding for tilpasning av høreapparat<sup>8</sup> alene, med tilhørende økning i antall konsultasjoner som skyldes øresykdommer. Endret koding av behandling med biologiske legemidler (for bl.a. Mb Crohn, aldersrelatert makuladegenerasjon mm) er et annet eksempel som gir endret kapitteltilhørighet som resultat.

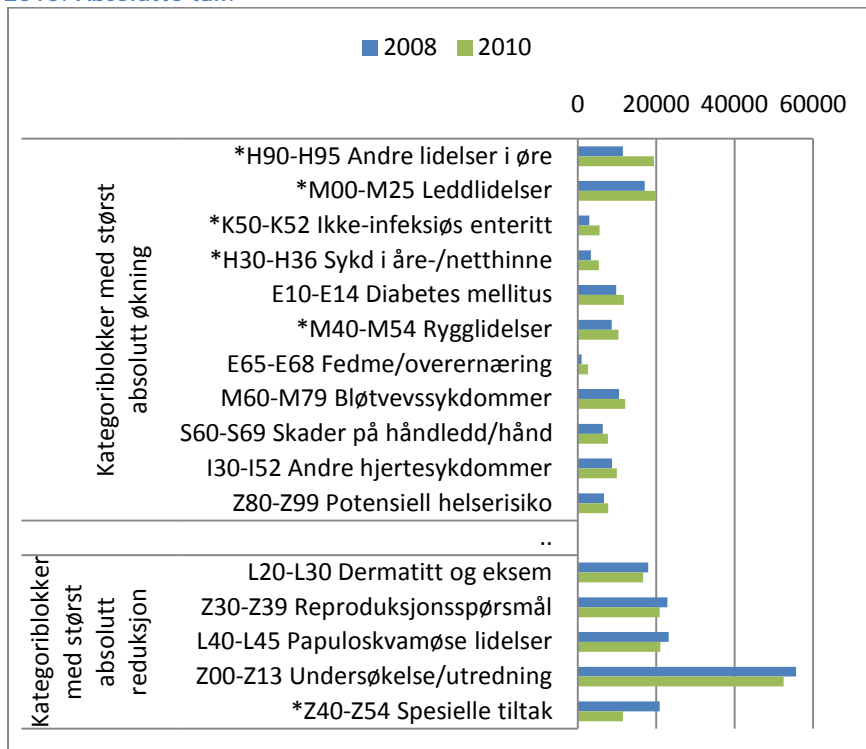
I Figur 8 er ICD-10 kategoriblokkene med størst absolutt endring gjengitt med etterfølgende kommentarer for hver kategoriblokk. Mange av disse endringene skyldes endret kodepraksis. Vi vil derfor anbefale at disse forholdene vurderes av klinikere med relevant fagkompetanse ved de enkelte behandlingsstedene på bakgrunn av data fra de enkelte HF-ers pasientadministrative systemer.

<sup>8</sup> Prosedyren ble tidligere kodet gjennom diagnosekoden Z46.1 (Kontakt med helsetjenesten for tilpasning og justering av høreapparat), men er fra 2010 kodet med NCMP-kode DXGT00 (Tilpasning og utprøving av nytt høreapparat) i kombinasjon med diagnosekoder fra H-kapitlet (Øresykdommer). Kontaktene flyttes med det fra kapitlet "Faktorer med betydning for helsetilstanden" til kapitlet "Sykdommer i øre og ørebenskute".

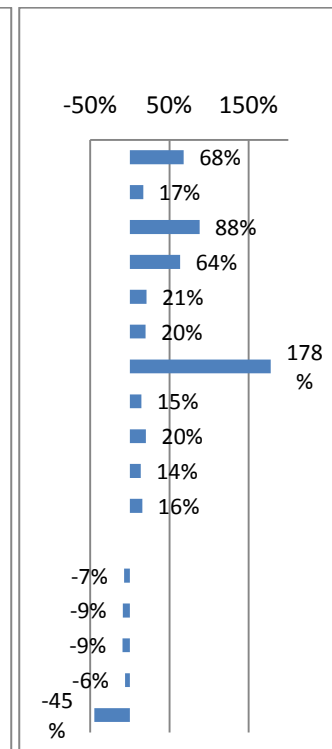
Figur 7 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner etter ICD-10-kapittel. Bosatte Helse Nord 2008 og 2010. Absolutte tall og prosentvis endring.



Figur 8 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner etter ICD-10 kategoriblokker med størst absolutt endring. Bosatte Helse Nord 2008 og 2010. Absolutte tall.



Figur 9 Prosentvis endring 2008 -2010.



\* Område med påvist endring i kodepraksis som følge av innføring av medisinske prosedyrekoder (NCMP).

#### *H90-H95 Andre lidelser i øre*

Økningen i ørelidelser skyldes i hovedsak endret kodepraksis for konsultasjoner som gjelder tilpasning av nytt høreapparat, jfr. nedgang i konsultasjoner under kategoriblokk Z40-Z54.

#### *M00-M25 Leddlidelser*

Økning innen reumatoid artritt (M05), kneleddsartrose (M17) og annen artrose (M19) forklarer 50 % av økningen innen denne kategoriblokken. Økningen for reumatoid artritt antas i hovedsak å være knyttet til endret kodepraksis for behandling med biologiske legemidler.

#### *K50-K52 Ikke-infeksiøs enteritt og kolitt*

Økningen i ikke-infeksiøs enteritt og kolitt antas i hovedsak å være knyttet til endret registreringspraksis for infusjonsbehandling med biologiske legemidler (Crohns sykdom og ulcerøs kolitt).

#### *H30-H36 Sykdommer i årehinne og netthinne*

Økning i behandling av aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) forklarer 50 % av økningen innenfor denne kategoriblokken. Endringen for AMD antas i hovedsak å være knyttet til endret kodepraksis for behandling med biologiske legemidler.

#### *E10-E14 Diabetes mellitus*

Antall konsultasjoner med diabetes som hoveddiagnose har økt med 20 %, likt fordelt mellom diabetes type I og II. Det er uklart om dette er en aktivitetsendring, eller om endret grupperingslogikk i ISF-systemet har gitt endret kodepraksis. Behandling av diabetes med organkomplikasjoner ble før 2010 gruppert etter komplikasjonen, og fra 2010 til spesifikke diabetes-DRGer. Vi ser imidlertid at økningen i diabeteskonsultasjoner er andelsmessig like stor for konsultasjoner kodet med diabetes som hoveddiagnose sammenlignet med konsultasjoner kodet med diabetes som bidiagnose, noe som trekker i retning av en reell aktivitetsøkning.

#### *M40-M54 Rygglidelser*

Økning i konsultasjoner vedrørende rygglidelser skyldes i hovedsak økning i ankyloserende spondylitt (+ 91 %) og ryggsmerte (+44 %). For ankyloserende spondylitt skyldes økningen trolig i hovedsak endret kodepraksis knyttet til behandling med biologiske legemidler.

#### *E65-E68 Fedme og annen overernæring eller hyperalimentasjon*

Polikliniske konsultasjoner vedrørende fedme økte fra 700 konsultasjoner i 2008 til 2400 konsultasjoner i 2010 (+178 %). Økningen gjelder alle boområder, men er størst i boområdene Tromsø, Hammerfest og Mosjøen.

#### *M60-M79 Bløtvevssykdommer*

Økningen i konsultasjoner vedrørende bløtvevssykdommer er knyttet til behandling av uspesifiserte bløtvevssykdommer (+36 %) og behandling av skulderlidelser (+12 %). Økningen var størst i boområdet til UNN Tromsø (+57 %), der særlig konsultasjoner relatert til myalgi og uspesifisert reumatisme økte. En liten andel av dette kan knyttes til fysioterapikonsultasjoner som tidligere ikke ble rapportert til NPR.

#### *S60-S69 Skader på håndledd og hånd*

Konsultasjoner med brudd og skader i håndledd og håndregionen økte med 20 % (1300 konsultasjoner) fra 2008 til 2010. Det er i samme periode en liten nedgang i bruk av Z-koder for etterundersøkelse etter brudd (Z094), der brudd og skader i håndledd og håndregionen er bidiagnose. Økningen synes dermed i hovedsak å være reell.

#### *I30-I52 Andre typer hjertesykdommer*

Økningen skyldes i hovedsak økning i konsultasjoner vedrørende atrieflimmer (+15 %) og annen hjertearytmi (+24 %). Bosatte i Nordlandssykehuset Bodø har hatt en kraftig oppgang i konsultasjoner med diagnose atrieflimmer (+67 %), mens økningen for hjertearytmi skyldes økning i boområdene Mosjøen (+42 %), Lofoten (+34 %) og Bodø (+19 %).

*Z80-Z99 Kontakt med helsetjenesten ved opplysninger om potensiell helserisiko i familiens og egen sykehistorie, og opplysninger om visse forhold som har betydning for helsetilstanden*

Økningen skyldes en kraftig oppgang i bruk av diagnosen Z95.2 (Status med mekanisk hjerteventil) i boområdet Sandnessjøen. Økningen skyldes at blodprøvetaking (INR) for pasienter på blodfortynnende medikamenter fra 2010 er kodet som poliklinisk konsultasjon, og ikke som laboratorieprøve. Antall konsultasjoner med denne diagnosen økte fra i 2 konsultasjoner i 2009 til 1870 konsultasjoner i boområdet i 2010.

*Z40-Z54 Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg*

Reduksjonen er knyttet til endret koding for behandling med biologiske legemidler (Z51.2) og endret koding for tilpasning og justering av høreapparat (Z461) etter innføring av det medisinske kodeverket NCMP, jfr. økning under kategori-blokk M00-M25, K50-K52, H30-H36, M40-54 og H90-H95.

*Z00-Z13 Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning*

Det er en kraftig reduksjon (-77%) i konsultasjoner kodet med observasjonsdiagnose ved mistanke om sykdom (Z038) for bosatte i boområdet Sandnessjøen. Nedgangen skyldes trolig endret kodepraksis ettersom samlet volum har vært stabilt i perioden. Videre er det en kraftig reduksjon i konsultasjoner kodet med "Undersøkelse av ører og hørsel" (Z011) for boområdet Narvik (-67 %) som trolig også skyldes endret kodepraksis. I tillegg er det en reduksjon i generelle/rutinemessige gynekologiske undersøkelser (Z014) i boområdene Narvik (-77%) og Vesterålen (-41%).

*L40-L45 Papuloskvamøse lidelser*

Nedgangen skyldes færre registrerte konsultasjoner for psoriasis-pasienter. Nedgangen er på 2000 pasienter (-10 %) sammenlignet med 2008/2009, som i sin helhet kan knyttes til færre psoriasis-konsultasjoner i boområdet Narvik.

*Z30-Z39 Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med reproduksjonsspørsmål*

Nedgangen skyldes færre svangerskapskontroller (-17 %) i boområdene Narvik (-59 %), Bodø (-48%) og Rana (-41 %). I tillegg er konsultasjoner vedrørende prevensjonstiltak redusert med 40% i perioden, hovedsaklig i boområdet Narvik (vel 500 konsultasjoner i 2008, redusert til under 100 i 2010).

*L20-L30 Dermatitt og eksem*

Nedgang skyldes i hovedsak færre konsultasjoner i boområdet Narvik (- 60%).

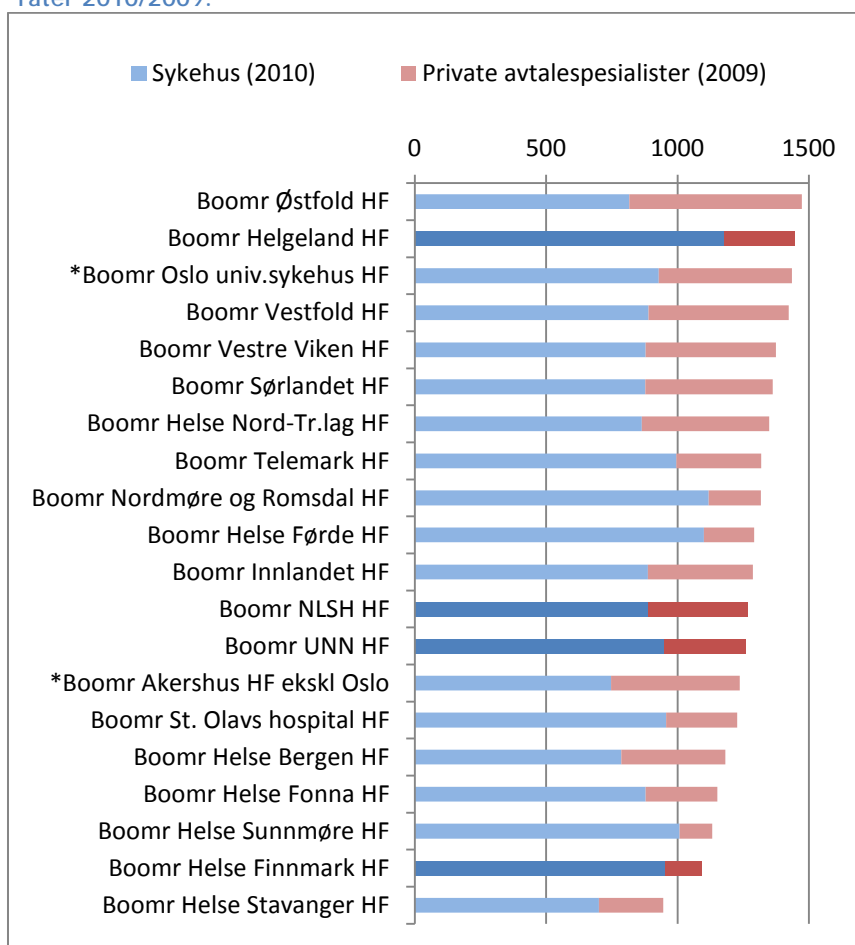


## Del 2: Geografisk variasjon i polikliniske konsultasjoner, herunder bruk av private spesialister

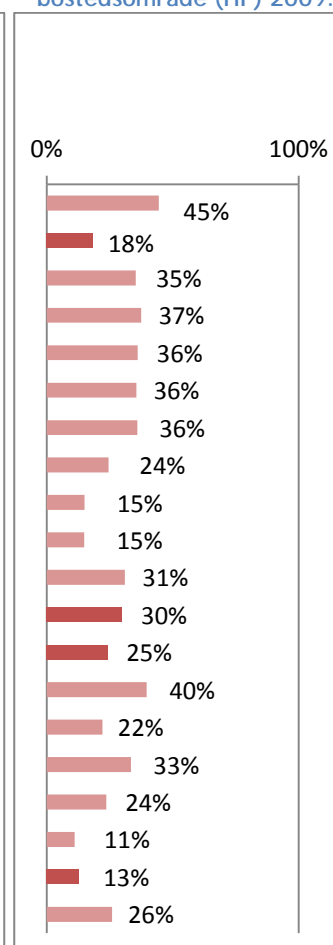
Private avtalespesialister bidrar samlet sett med ca en fjerdedel av de ikke-kirurgiske polikliniske tjenestene til befolkningen i Helse Nord (23 % i 2009). Det er imidlertid store forskjeller mellom kommunene og ulike fagområder i tilgjengelighet på, og forbruk hos, private spesialister. Enkelte kommuner har opp mot 40 % av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner for sin befolkning hos private spesialister (se Figur 234, side 117 i vedlegget). Resultatene som presenteres i denne rapporten må derfor tolkes mot dette bakteppet.

Figur 10 viser hvordan bosatte i helseforetaksområdene i Helse Nord plasserer seg i en nasjonal sammenheng med hensyn til poliklinikkforbruk fordelt mellom sykehus og private avtalespesialister, mens Figur 11 viser andel konsultasjoner hos private avtalespesialister. På grunn av mangelfull rapportering av aktivitet til NPR fra de private avtalespesialistene i 2010 er det tall for 2009 som presenteres for disse. Bosatte i opptaksområdet til Helgelandssykehuset har et høyt nivå på bruk av polikliniske tjenester, det er bare bosatte i Østfold som samlet sett har høyere poliklinikkrate enn Helgelandområdet. Bosatte i Helse Finnmark befinner seg i den andre enden av skalaen, her er det kun bosatte i Stavanger-området som har et lavere poliklinikkforbruk. Bosatte i boområdene til UNN og Nordlandssykehuset plasserer seg i nedre del av skalaen. Bosatte i disse boområdene har et større forbruk av konsultasjoner hos private avtalespesialister enn det bosatte i Finnmark og på Helgeland har.

Figur 10 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde (HF) og behandlingssted (offentlig versus privat). Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Ustandardiserte rater 2010/2009.



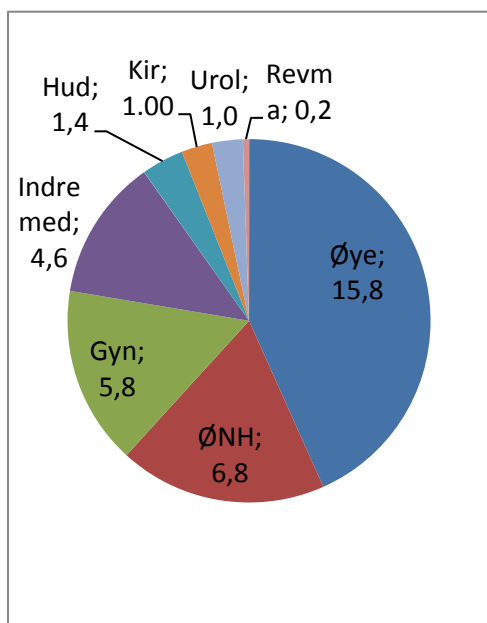
Figur 11 Andel polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister etter bostedsområde (HF) 2009.



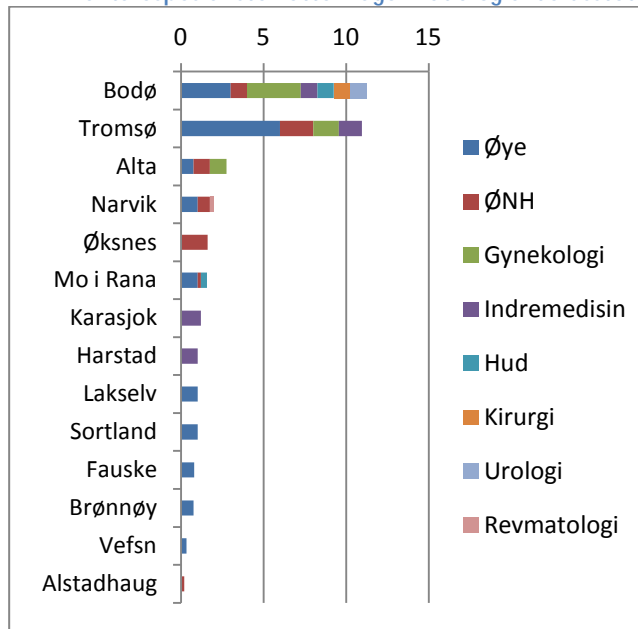
\* Datasettet inneholder ikke informasjon om bydelskoder for Oslo kommune. Bosatte i Oslo kommune er her lagt til boområdet for Oslo universitetssykehus.

De neste figurene viser fordelingen av aktive avtalehjemler for private avtalespesialister i Helse Nord etter fagområde (Figur 12) og spesialistens arbeidssted (Figur 13) i 2009. Videre viser Figur 14 poliklinikkforbruk fordelt mellom sykehus og private avtalespesialister for lokalsykehusområdene i Helse Nord, mens Figur 15 viser andelen konsultasjoner hos private spesialister per boområde.

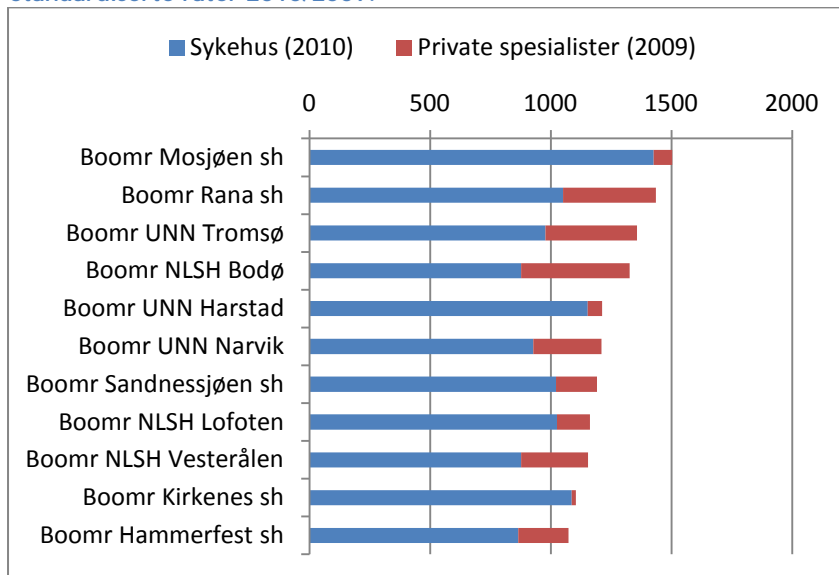
Figur 12 Antall avtalehjemler for private avtalespesialister etter fagområde 2009.



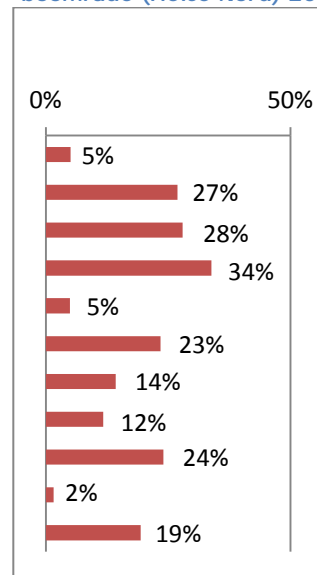
Figur 13 Antall avtalehjemler for private avtalespesialister etter fagområde og arbeidssted 2009.



Figur 14 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde (Helse Nord) og behandlingssted (offentlig versus privat). Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Standardiserte rater 2010/2009.



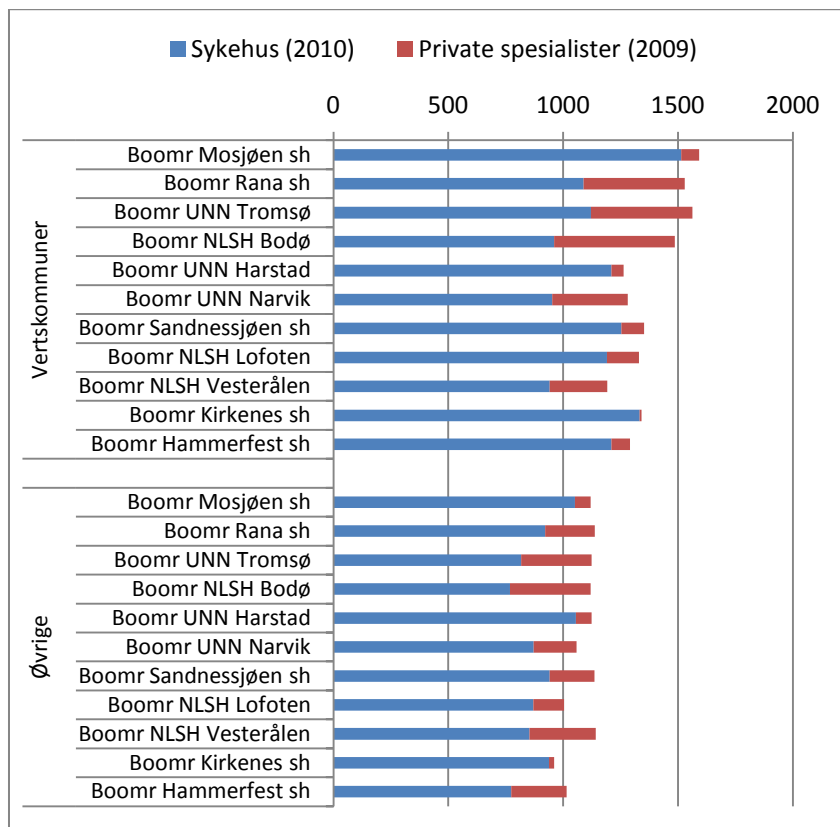
Figur 15 Andel polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister etter boområde (Helse Nord) 2009.



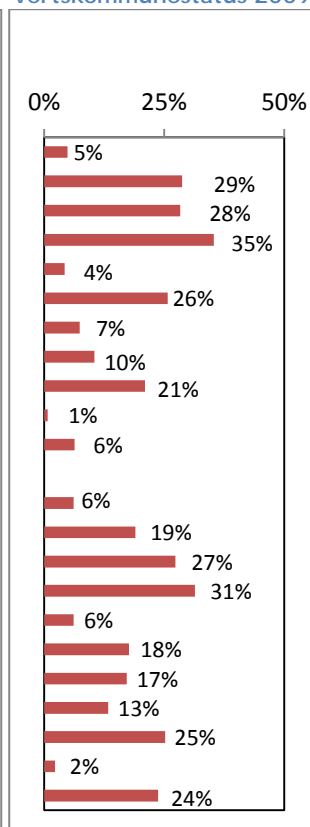
Bruk av forbruksdata kun for de offentlige poliklinikkene underestimerer poliklinikkforbruket. Dette gjelder særlig bosatte i opptaksområdene til NLSH Bodø, UNN Tromsø, Rana sykehus, NLSH Vesterålen og UNN Narvik.

Figur 16 og Figur 17 viser tilsvarende tall som de foregående figurene, der det i tillegg er skilt mellom vertskommuner og andre. Vi ser at poliklinikkforbruket i vertskommuner er høyere enn i omkringliggende kommuner for alle boområder. Variasjonen er også større internt i vertskommunegruppa enn den er internt i gruppa "øvrige". For boområdene Rana og Narvik er forbruket hos private avtalespesialister markert høyere i vertskommunene. I andre boområder (Hammerfest og Sandnessjøen) er bruken av private avtalespesialister høyere i gruppa "øvrige" enn i vertskommunene.

Figur 16 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde (Helse Nord), vertskommunestatus og behandlingssted (offentlig versus privat). Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Standardiserte rater 2009/2010.



Figur 17 Andel polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister etter boområde og vertskommunestatus 2009.



### Del 3: Variasjon i poliklinikkruater etter klinisk område

I denne del av rapporten belyses geografisk variasjon i poliklinikkforbruk for ulike kliniske fagområder. Forbruket er analysert for grupper av kommuner tilhørende opptaksområdene til hvert av lokalsykehusene i Helse Nord (her kalt boområder), der vertskommuner for sykehus er skilt ut.

Tabell 5 viser variasjon (min/max) i forbruksrater på sykehus innad i Helse Nord etter hoveddiagnosegrupper i DRG-systemet, når disse rangeres etter volum. Størst absolutte forskjeller finner vi for noen av hoveddiagnosegruppene med størst volum, som hudsykdommer, øre-, nese- og halssykdommer, øyesykdommer, sykdommer under svangerskap og sykdommer i sirkulasjonsorganene. For hudsykdommer har boområdet med høyest forbruk fire ganger høyere rate sammenlignet med boområdet med lavest forbruksrate. Delvis skyldes kontrastene skjult høyt forbruk hos private avtalespesialister, særlig gjelder dette øyesykdommer, ØNH-sykdommer og gynekologi (som har størst innslag av private spesialister). Hudsykdommer, øyesykdommer og sykdommer under svangerskap er også blant områdene med størst relative forskjeller, i tillegg til sykdommer i blod/bloddannende organer og immunapparat og infeksjonssykdommer. For de sist nevnte pasientgruppene er imidlertid volumet lite, og forskjeller mellom boområder mulig ustabile. Minst variasjon finner vi for høy-volumsgruppen sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og for sykdommer i nervesystemet. For disse fagområdene har boområdet med høyest forbruk 30 % høyere rate sammenlignet med boområdet med lavest rate. Dette er også områder med lite innslag av private avtalespesialister.

Tabell 8 Variasjon (min/max) i forbruksrater på sykehus mellom boområder etter hoveddiagnosegruppe (HDG) sortert etter volum. Absolutt og relativ forskjell mellom boområdet med lavest og høyest forbruksrate. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010.

Hoveddiagnosegruppe (HDG)	N	Min verdi (kons per 1000 innb)	Max verdi (kons per 1000 innb)	Boområde med høyest rate	Absolutt forskjell (max rate-min rate)	Relativ forskjell (max rate/min rate)
Sykd i muskel-skjelettsystemet og bindevev	75132	141.5	185.0	Rana	43.5	1.3
Sykdommer i hud, underhud og bryst	63302	74.2	289.3	Mosjøen	215.0	3.9
Faktorer som påvirker helsetilstanden	46387	70.5	123.8	Mosjøen	53.3	1.8
Øre-, nese- og halssykdommer	43250	54.1	148.5	Mosjøen	94.3	2.7
Sykdommer i fordøyelsesorganene	32183	52.9	101.1	Rana	48.2	1.9
Sykdommer i sirkulasjonsorganene	31868	50.9	131.4	Sandnessj.	80.5	2.6
Sykdommer i nervesystemet	30307	55.3	71.8	Mosjøen	16.5	1.3
Sykd under svangerskap, fødsel og barseltid	25608	44.4	126.9	Mosjøen	82.5	2.9
Øyesykdommer	22863	44.4	126.9	Kirkenes	82.5	2.9
Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	18581	29.6	64.6	Vesterålen	34.9	2.2
Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykd	18202	25.9	48.7	Mosjøen	22.8	1.9
Nyre- og urinveissykdommer	15290	28.2	46.7	Mosjøen	18.5	1.7
Sykdommer i åndedretsorganene	13998	20.5	48.5	Harstad	28.0	2.4
Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	6756	8.3	22.6	Mosjøen	14.2	2.7
Sykdommer i bryst	3793	4.9	13.4	Mosjøen	8.5	2.7
Myeloprolif. sykd og lite differensierte svulster	3581	4.2	10.5	Harstad	6.3	2.5
Sykd i blod/bloddannende organer/immunapp.	3300	2.6	16.2	Lofoten	13.7	6.3
Psykiske lidelser og rusproblemer	2927	3.2	11.8	Tromsø	8.6	3.6
Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	2875	3.7	8.8	Bodø	5.0	2.3
Skade, forgiftninger og toksiske effekter	2602	4.4	10.7	Harstad	6.3	2.4
Infeksiøse og parasittære sykdommer	1613	1.7	5.7	Mosjøen	4.0	3.3

Tabell 9 viser variasjon mellom boområder når polikliniske konsultasjoner på sykehus fordeles etter de hyppigst forekommende DRGene. Utvalget på 17 DRGer representerer 50 % av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus dette året. Kontrastene øker når vi bryter ned på mindre pasientgrupper, eksempelvis har lysbehandling (DRG 809R) mer enn 35 ganger høyere rate i boområdet med høyest forbruk sammenlignet med boområdet med lavest forbruksrate.

Tabell 14, s. 121 i vedlegget, viser en utvidet liste over kontraster per DRG, for 40 DRGer som til sammen representerer 75 % av poliklinisk aktivitet på sykehus i 2010. På tilsvarende vis er kontraster per ICD-10 kapittel og for de vanligste ICD-10 kategoriblokkene gjengitt, men ikke kommentert, i Tabell 12 og Tabell 13 på side 119 i vedlegget.

Tabell 9 Variasjon (min/max) mellom boområder for utvalgte DRGer (representerer 50 % av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner behandlet på sykehus). Absolutt og relativ forskjell mellom boområdet med lavest og høyest forbruksrate. Ustandardiserte tall 2010.

DRG	N	Min verdi	Max verdi	Boområde med høyest rate	Absolutt forskjell (max rate- min rate)	Relativ forskjell (max rate/min rate)
9230 Pol kons vedr faktorer med betydning for helsetilstand	35556	49.9	106.4	Mosjøen	56.5	2.1
809R Annen lysbehandling	28071	3.9	136.9	Mosjøen	133.0	35.5
908O Polikl kons vedr andre sykdom i bevegelsesapparat	21069	28.9	68.6	Rana	39.7	2.4
805S Fysiologisk hjerteundersøkelse	18520	31.1	66.2	Lofoten	35.1	2.1
914P Obstetrisk diagn, inkl screening av gravide	15037	25.9	43.2	Mosjøen	17.4	1.7
902O Polikl beh av øyetilstand u/sign prosedyre	14205	13.8	91.9	Kirkenes	78.1	6.7
913O Pol kons vedr andre sykdom i kv. kjønnsorganer	14119	20.9	53.1	Vesterålen	32.2	2.5
908A Brudd/bløtdelsskade i armer/ben/bekken	13151	20.8	38.7	Vesterålen	17.9	1.9
803U Hørselsforbedrende intervensjoner	11159	7.1	57.4	Rana	50.3	8.1
903O Pol beh av tilstand i øre/nese/munn/svelg	10734	14.7	42.9	Harstad	28.2	2.9
906O Polikl kons vedr andre fordøyelsesykdom	9544	13.9	40.4	Rana	26.5	2.9
910A Polikl kons vedr diabetes mellitus	9453	11.8	31.4	Mosjøen	19.6	2.7
908C Polikl kons vedr inflammatorisk leddsykdom	7917	9.7	24.0	Rana	14.3	2.5
908E Polikl kons vedr tendinitt, myositt og bursitt	7419	11.8	21.6	Vesterålen	9.7	1.8
909O Polikl kons vedr andre sykdom i hud/underhud	7081	10.0	35.2	Mosjøen	25.2	3.5
803W Sammensatte diagn intervensjon (ØNH)	6884	6.7	32.9	Rana	26.2	4.9
808Y Ortopedisk bandasjering uten overnatting	6877	10.7	21.6	Mosjøen	10.9	2.0



## Faktorer som påvirker helsetilstanden: Utredninger/etterundersøkelser med uspesifikk/manglende diagnose

Hver tiende ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjon på sykehus i 2010 hadde en diagnose i Z-kapitlet i ICD-10-kodeverket. Dette dreier seg hovedsakelig om etterundersøkelser og generelle undersøkelser/observasjoner ved mistanke om sykdom, dvs. utredning eller kontroll.

### Leserveiledning / Forklaring til figurene

Figur 18-Figur 19 viser fordelingen av konsultasjoner innen ICD-10 kapitlet "Faktorer med betydning for helsetilstand" mellom sykehus og private spesialister, når svangerskapskontroller<sup>9</sup> og etterundersøkelse etter ondartet svulst<sup>10</sup> er ekskludert. På grunn av ulik kodepraksis mellom behandlingssteder i valg mellom O- og Z-koder er svangerskapskontroller lagt til ICD-10-kapitlet "Svangerskap, fødsel og barseltid", mens etterundersøkelse etter ondartet svulst er lagt til "Svulst"-kapitlet, alt for å sikre bedre sammenlignbarhet mellom boområder. Figur 20-Figur 24 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner *på sykehus* i HDG 23 "Faktorer som påvirker helsetilstanden" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i Helse Nord. ICD-10 kapitlet "Faktorer med betydning for helsetilstand" (N=89 978) har en bredere definisjon enn HDG 23 "Faktorer som påvirker helsetilstanden" (N=46 387) og er dermed ikke direkte sammenlignbart med den aktuelle HDGen, men er likevel inkludert for å gi en indikasjon på omfanget av utredninger/etterundersøkelser hos private spesialister i de ulike boområdene.

Figur 20 viser konfidensintervallene<sup>11</sup> for de alders- og kjønnsjusterte forbruksratene på sykehus per boområde, mens Figur 21 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient i 2010. Under Figur 20 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. I Figur 22 og Figur 23 belyses hhv forskjell i forbruksrater på sykehus og i antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene.

77 % av aktiviteten i denne hoveddiagnosegruppen faller inn under en DRG med en lite beskrivende tittel<sup>12</sup>. I dette tilfellet fordeles derfor konsultasjonene etter ICD-10 hoveddiagnose på 3-tegnsnivå (Figur 24). Etterundersøkelser (Z08 og Z09) utgjør de største gruppene, med totalt 30 % av konsultasjonene. Forbruksrater og konsultasjonsfrekvens for etterundersøkelse etter behandling for andre tilstander enn ondartet svulst (Z09) er vist i Figur 25 og Figur 26, mens forbruksrater og konsultasjonsfrekvens for etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst (Z08) er gjengitt i avsnittet som omhandler kreft (Figur 210 og Figur 211, side 93).

Oppgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient for de ulike boområdene. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater. For privateavtalespesialister har vi ikke personidentifiserbare data og det er derfor ikke mulig å finne antall konsultasjoner per pasient innenfor denne virksomheten.

### Resultater

HDG "Faktorer som påvirker helsetilstanden" er den tredje største hoveddiagnosegruppen i DRG-klassifikasjonen. Den omfatter i hovedsak (75 %) ulike Z-diagnoser i ICD-10-kodeverket. Særlig gjelder dette koder knyttet til utredning og etterundersøkelser.

<sup>9</sup> Definert ved bruk av hoveddiagnose Z34 (Kontroll av normalt svangerskap), Z35 (Kontroll av høyrisikosvangerskap), Z36 (Målrettet undersøkelse i svangerskapet) eller Z39 (Pleie og undersøkelse av mor etter fødsel).

<sup>10</sup> Definert ved hoveddiagnose Z08 (Etterundersøkelse etter ondartet svulst).

<sup>11</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall (i vår figur en smal boks).

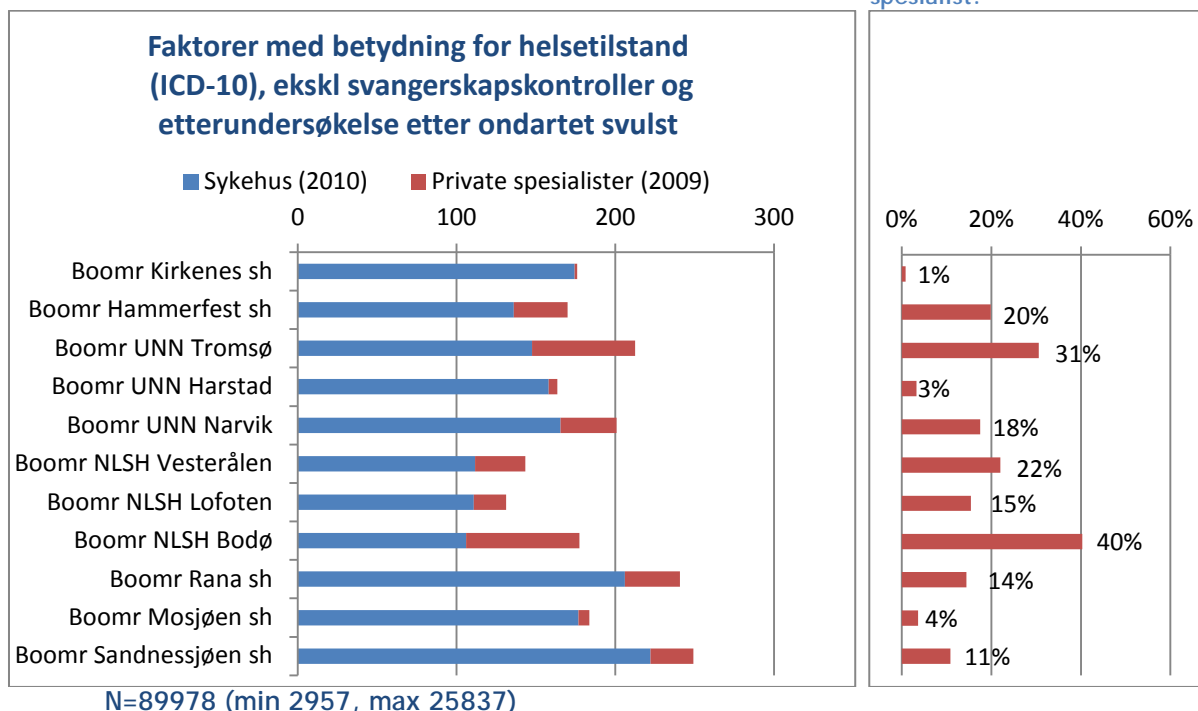
<sup>12</sup> DRG 9230 "Polikliniske konsultasjoner vedrørende faktorer som har betydning for helsetilstand/kontakt med helsetjenesten."

Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og sykdomsområdet defineres i henhold til ICD-10-kodeverket, finner vi de høyeste forbruksratene i boområdet Sandnessjøen og Rana. Her ligger forbruksratene ca 75 % -90 % høyere enn i boområdet Lofoten.

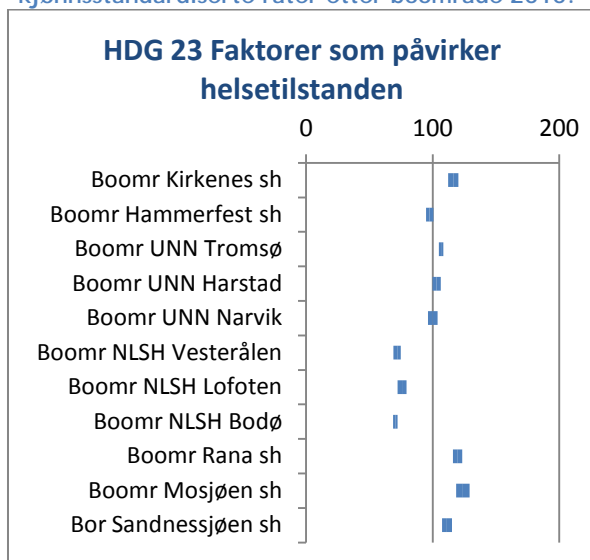
Bildet er noenlunde det samme om vi ser på sykehusaktivitet alene, og definerer sykdomsområdet i henhold til DRG-klassifikasjonen. Bosatte i Helgelandssykehusets opptaksområde har også her de høyeste forbruksratene, mens bosatte i opptaksområdet til Nordlandssykehuset har de laveste. Det lave sykehusforbruket i boområdet Bodø må imidlertid ses i sammenheng med bruk av private spesialister. Sammenlignet med bosatte i boområdene Vesterålen og Lofoten har bosatte i boområdene Mosjøen og Rana 60 % -70 % høyere konsultasjonsrater for disse pasientene. Vi finner også gjennomgående innslag av vertskommuneeffekt for disse tjenestene, sterkere for forbruksrater enn for konsultasjonsfrekvens. Aller sterkest er dette til stede i boområdet Kirkenes. Bosatte i opptaksområdet til Kirkenes sykehus har også en høyere andel konsultasjoner med kode for generell undersøkelse av personer uten symptomer/kjent diagnose, jfr. Figur 24.

Figur 18 Faktorer med betydning for helsetilstand (ICD-10), ekskl. svangerskapskontroller og etterundersøkelse etter ondartet svulst, etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

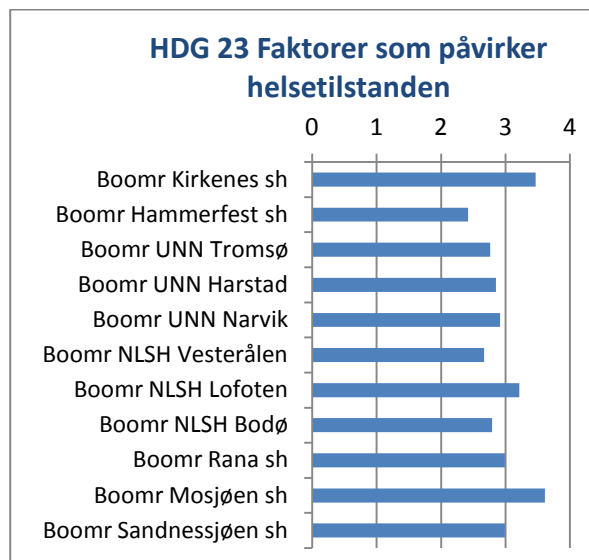
Figur 19 Faktorer med betydning for helsetilstand (ICD-10) ekskl. svangerskapskontroller og etterundersøkelse etter ondartet svulst. Andel behandlet hos privat spesialist.



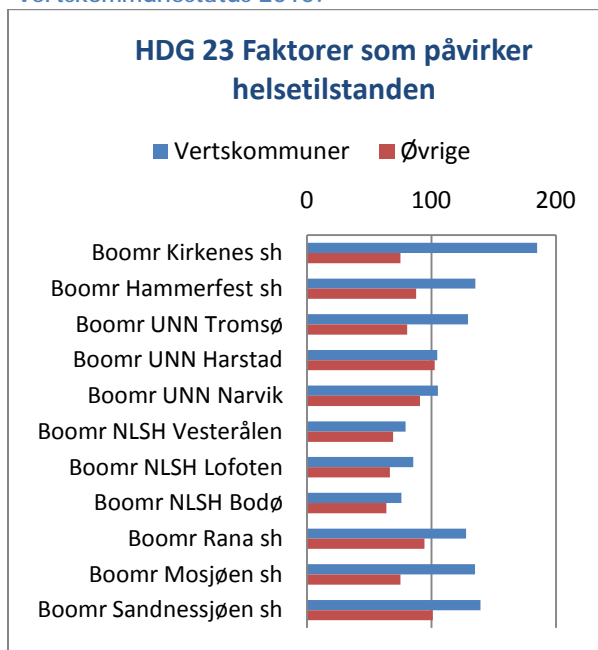
Figur 20 HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden (sykehuskonsultasjoner). Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



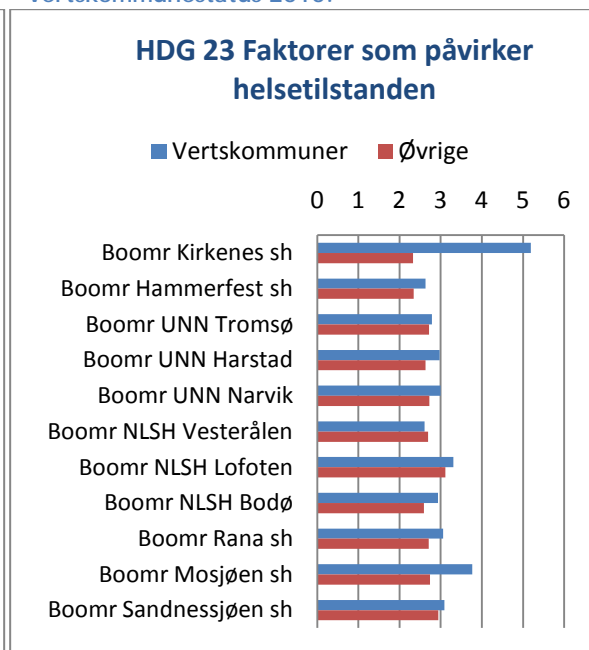
Figur 21 HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden (sykehuskonsultasjoner). Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.



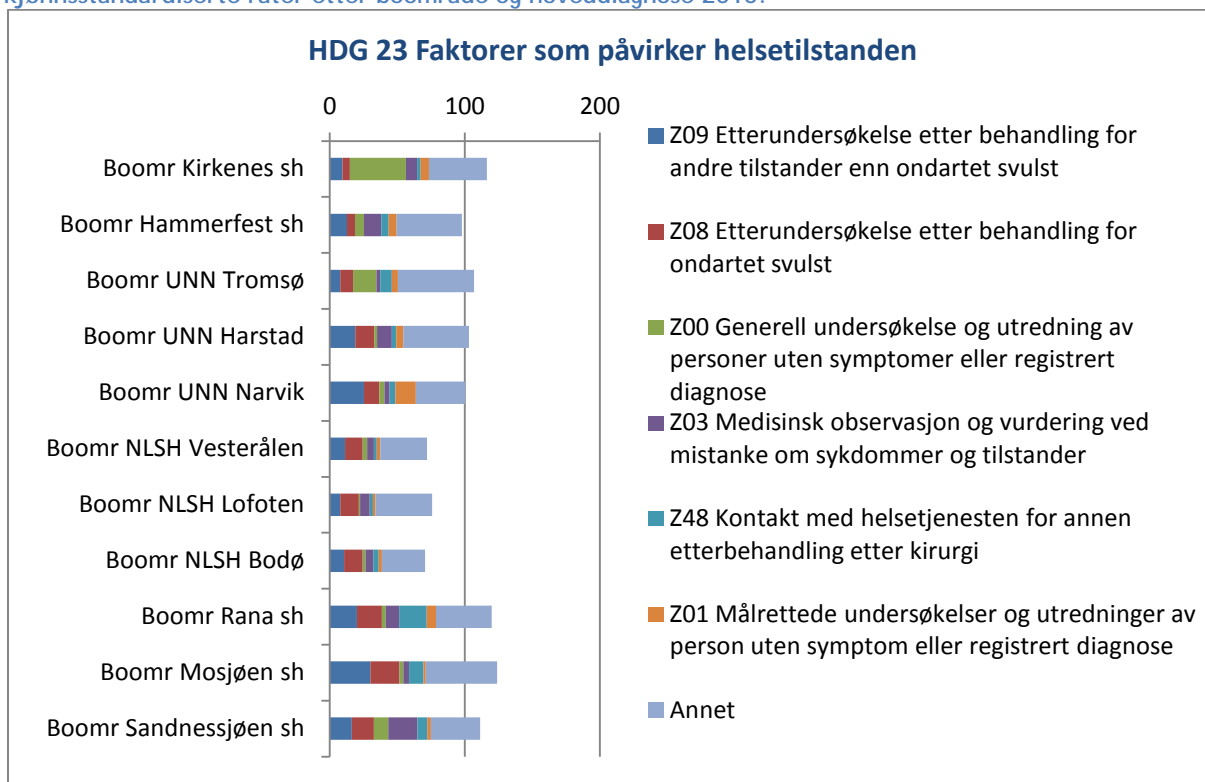
Figur 22 HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden (behandlinger på sykehus). Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



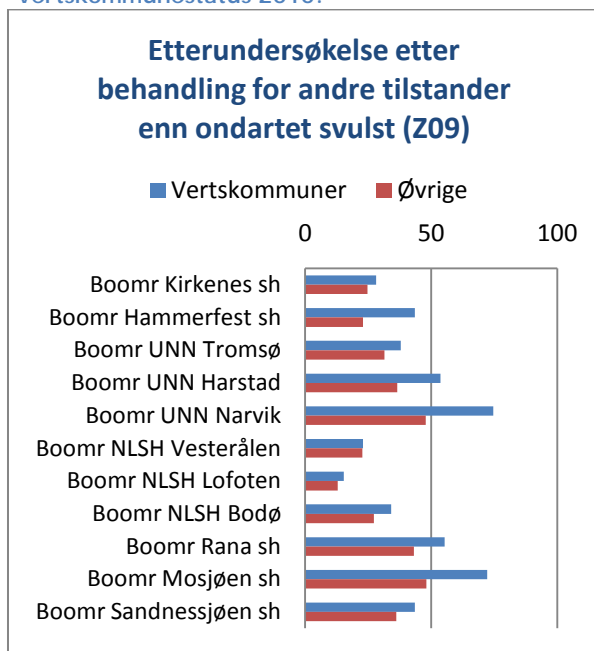
Figur 23 HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden (behandlinger på sykehus). Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



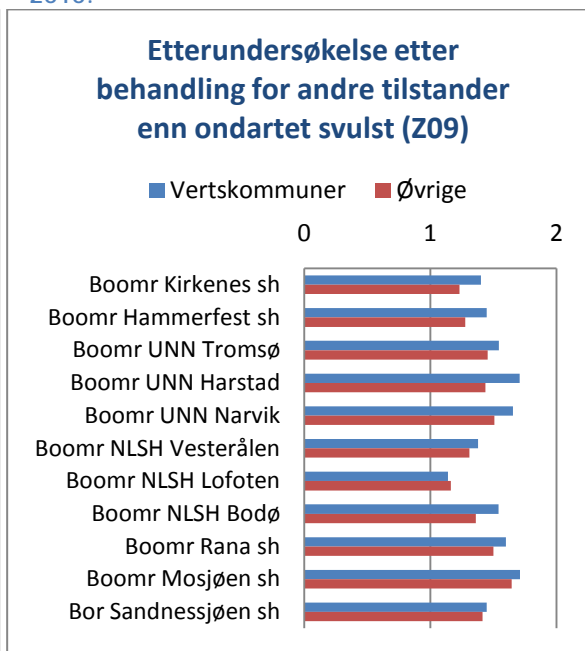
Figur 24 HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden (behandlinger på sykehus). Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og hoveddiagnose 2010.



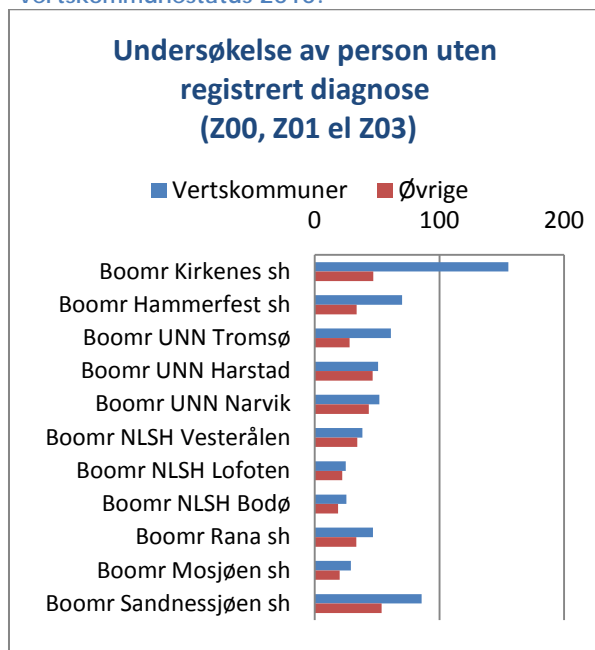
Figur 25 Etterundersøkelse etter behandling for andre tilstander enn ondartet svulst (Z09) behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 26 Etterundersøkelse etter behandling for andre tilstander enn ondartet svulst (Z09) behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.

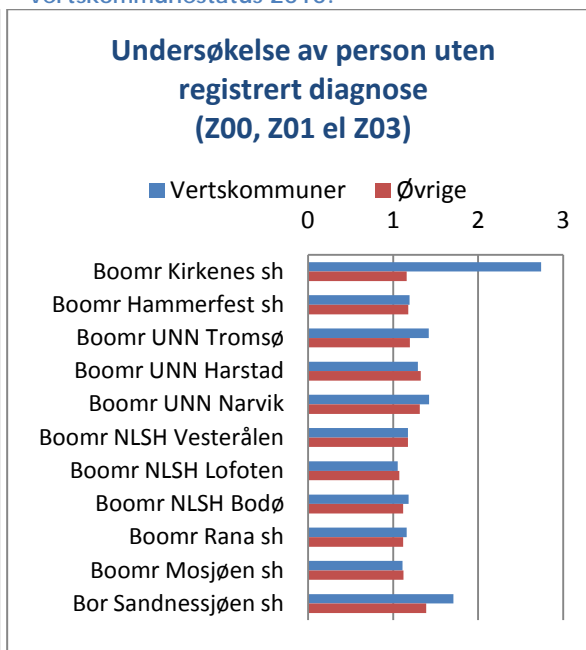


Figur 27 Undersøkelser av person uten symptom/registrert diagnose (Z00 og Z01) eller observasjon/vurdering ved mistanke om sykdom (Z03) behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=19978 (min 433, max 5616)

Figur 28 Undersøkelser av person uten symptom/registrert diagnose (Z00 og Z01) eller observasjon/vurdering ved mistanke om sykdom (Z03) behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,95

## Muskel-, skjelett- og bindevevssykdommer

Muskel-, skjelett- og bindevevssykdommer er volummessig det største fagområdet i DRG-klassifikasjonen. Brudd/dislokasjon, inflammatorisk leddsykdom, tendinitt/myositt/bursitt, ortopedisk bandasjering, lidelser i rygg og nakke samt artrose er de største undergruppene.

Tilbud fra private avtalespesialister på dette området er begrenset og består av en 20 % avtalehjemmel i revmatologi fordelt mellom Narvik og Ørnes (i Meløy kommune). Denne spesialisten står for 27% av konsultasjonene hos privat spesialist innen dette fagområdet i Helse Nord. Forøvrig utføres aktiviteten i hovedsak av private spesialister innen øyesykdommer (54%) og ØNH-lidelser (10%).

### Leserveiledning / Forklaring til figurene

Figur 29 og Figur 30 viser absolutt (Figur 29) og relativ (Figur 30) fordeling av konsultasjoner innen ICD-10 kapitlet "Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev" mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 31-Figur 35 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner på sykehus i HDG 8 "Sykdommer i muskel-/skjelettsystem og bindevev" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i Helse Nord. ICD-10 kapitlet "Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev" (N=48 195) har en snevrere definisjon enn HDG 23 "Sykdommer i muskel-/skjelettsystem og bindevev" (N=75 132) og er dermed ikke direkte sammenlignbart med den aktuelle HDGen, men er likevel inkludert for å gi en indikasjon på omfanget av konsultasjoner vedrørende muskel-/skjelettlidelser hos private spesialister i de ulike boområdene.

Figur 31 viser konfidensintervall<sup>13</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater på sykehus, mens Figur 32 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient. Under Figur 31 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall

<sup>13</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.



sykehuskonsultasjoner per boområde. De boområdene som har tilgang på privat spesialist er merket med en stjerne (\*). I Figur 33 og Figur 34 belyses hhv forskjell i forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene, og i Figur 35 vises forbruksrater på sykehus fordelt på de største DRGene.

I Figur 36-Figur 47 brytes resultatene for HDG 8 (Muskel- skjelett- og bindevevssykdommer) ned på de volummessig største enkelt-DRGene, og for hver av disse presenteres forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient fordelt på vertskommune og andre kommuner.

Opgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient i de ulike boområdene. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

## Resultater

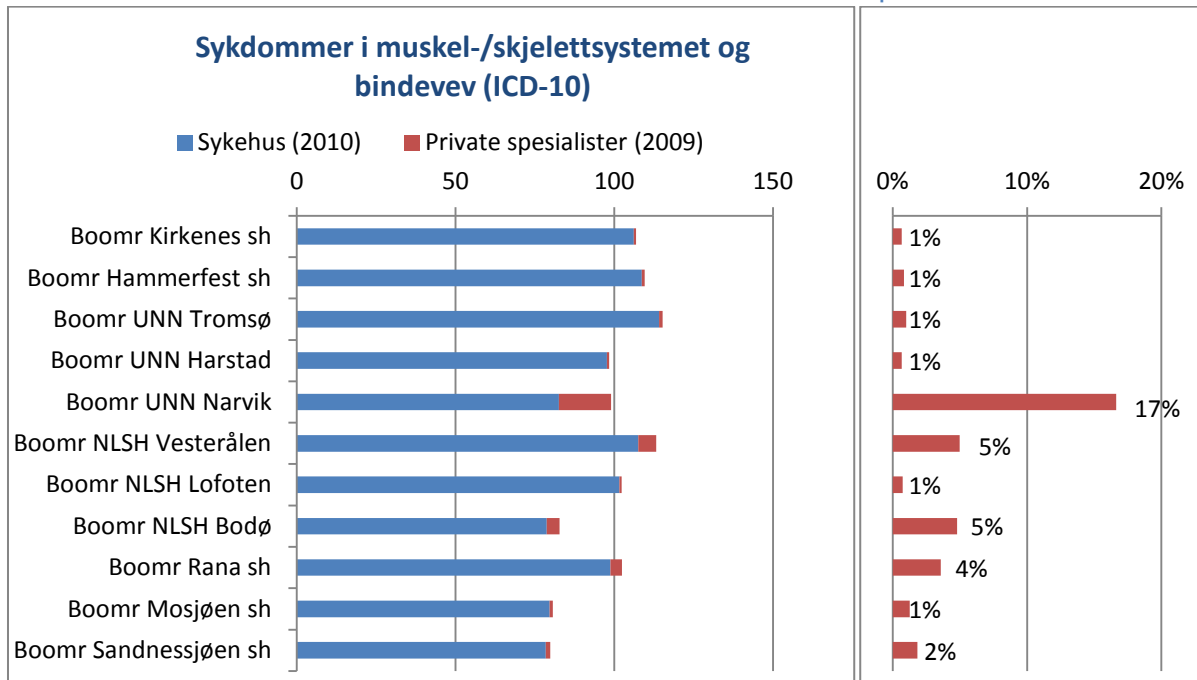
Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og muskel-/skjelettsykdommer defineres i henhold til ICD-10-kodeverket, har boområdet Tromsø de høyeste konsultasjonsratene i Helse Nord, 44 % høyere enn i boområdet Sandnessjøen.

Ser vi på aktivitet på sykehus isolert, og definerer sykdomsområdet i henhold til DRG-klassifikasjonen, finner vi at virksomhet innen HDG 8 (Muskel-, skjelett- og bindevevssykdommer) samlet sett er det fagområdet som viser minst variasjon i forbruksrater mellom bopsykehusområder. Noe av forklaringen kan være at det er et beskjedent tilbud fra private avtalespesialister på dette fagområdet. Befolkningen i Rana-området har høyest antall konsultasjoner per 1000 innbygger, mens befolkningen i Tromsø-området har høyest antall konsultasjoner per pasient. Korrelasjonskoeffisienten på 0.66 indikerer en moderat positiv samvariasjon mellom forbruksrater og antall konsultasjoner per pasient.

De største kontrastene i forbruksrater på sykehus finner vi for inflammatorisk leddsykdom (Figur 38 og Figur 39). Her har bosatte i boområdet Rana 2.5 ganger høyere forbruksrate enn bosatte i boområdet Narvik. Bosatte i boområdene Narvik og Lofoten er i liten utstrekning behandlet lokalt. For de øvrige DRGene er den gjennomgående tendensen at boområdet med høyest rate har dobbelt så høy rate som boområdet med lavest forbruk. Eksempelvis har bosatte i Vesterålen nesten dobbelt så høye forbruksrater som bosatte i boområdet Sandnessjøen når det gjelder brudd og dislokasjoner (Figur 36 og Figur 37).

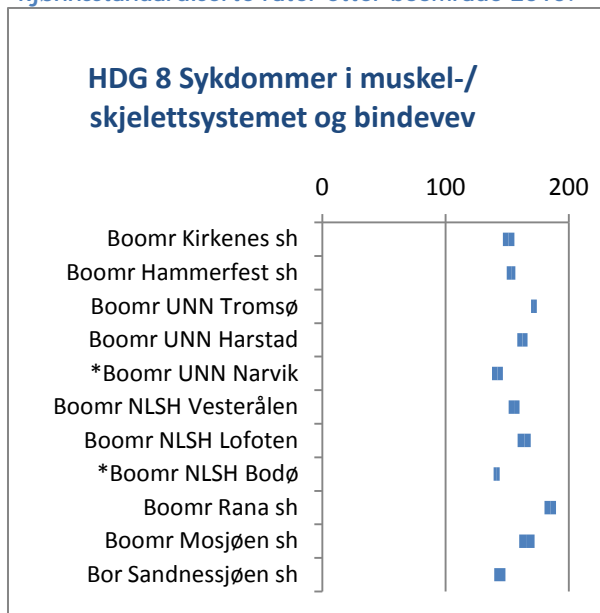
Sterkest vertskommuneeffekt, når vi ser fagområdet under ett, finner vi i boområdene Mosjøen, Hammerfest, Tromsø og Harstad. Eksempelvis har bosatte i Hammerfest kommune 80 % flere konsultasjoner for ortopedisk bandasjering sammenlignet med omkringliggende kommuner (Figur 42 og Figur 43). Sterkest samvariasjon mellom forbruksrater og antall konsultasjoner per pasient finner vi for bruddpasienter (korrelasjonskoeffisient 0.75). Ellers foreligger det liten samvariasjon (< 0.50).

Figur 29 Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.



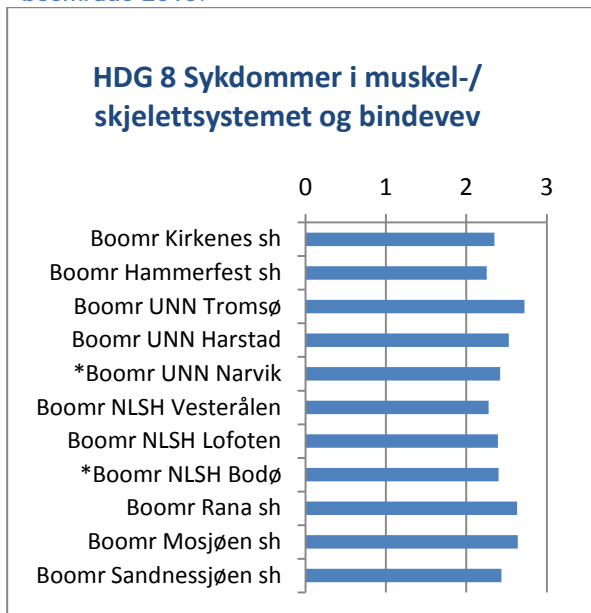
N=48312 (min 1378, max 14071)

Figur 31 HDG 8 Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



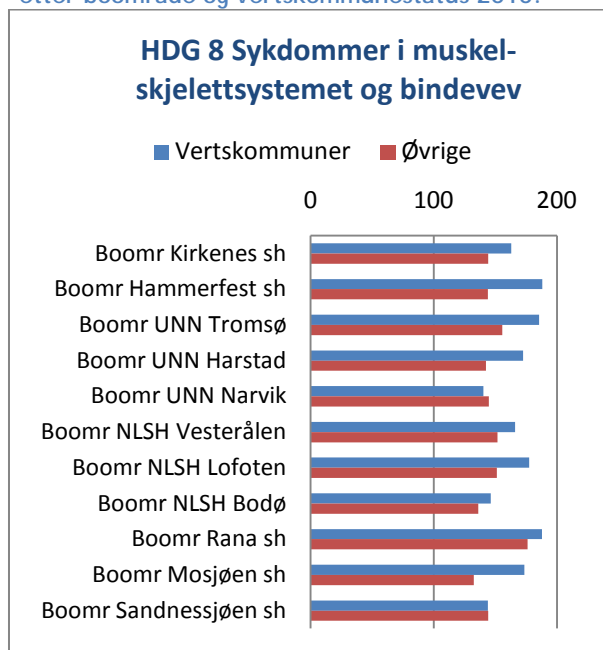
N=75132 (min 2763, max 20912)

Figur 32 HDG 8 Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.

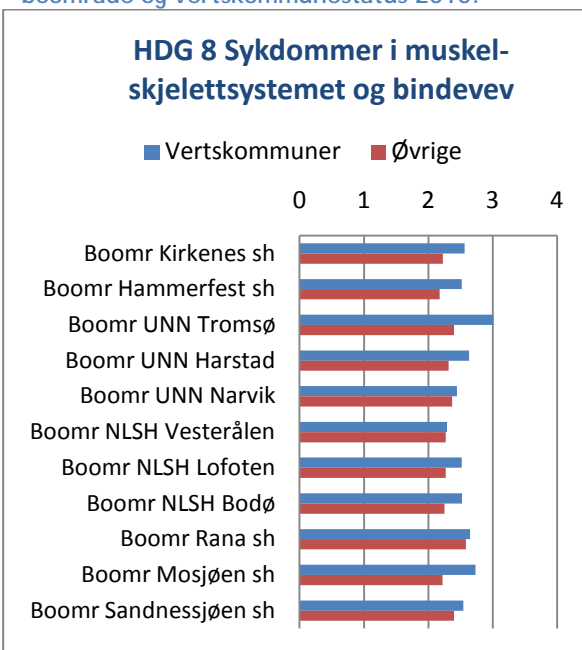


Korrelasjon: 0,66

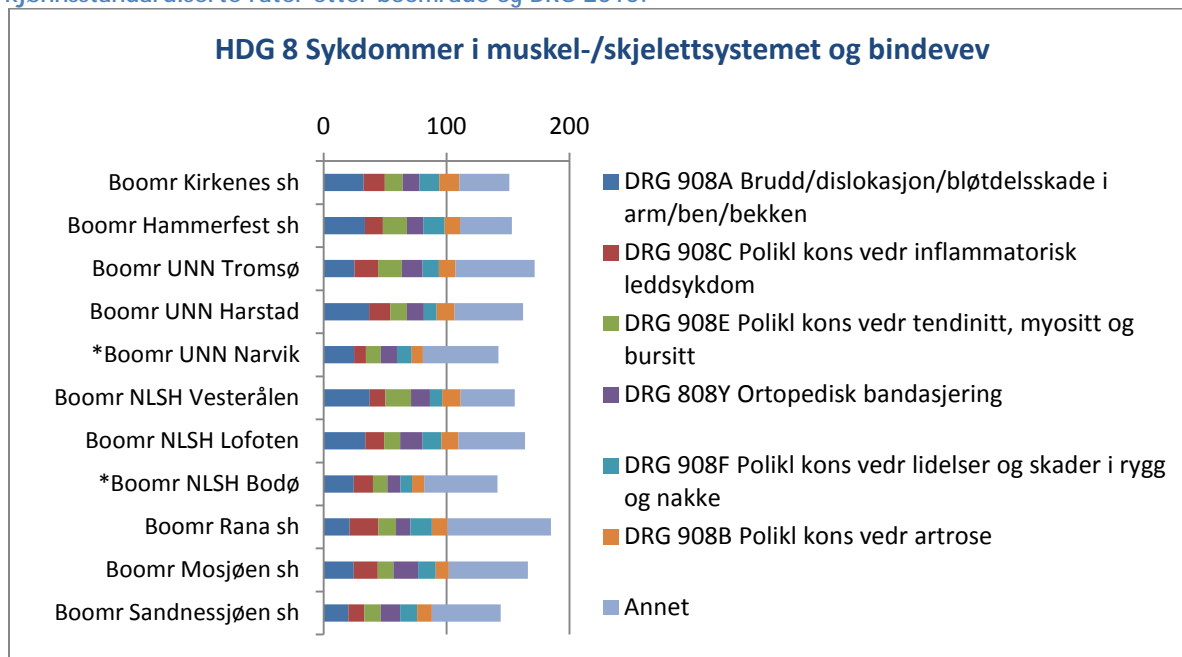
Figur 33 HDG 8 Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 34 HDG 8 Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.

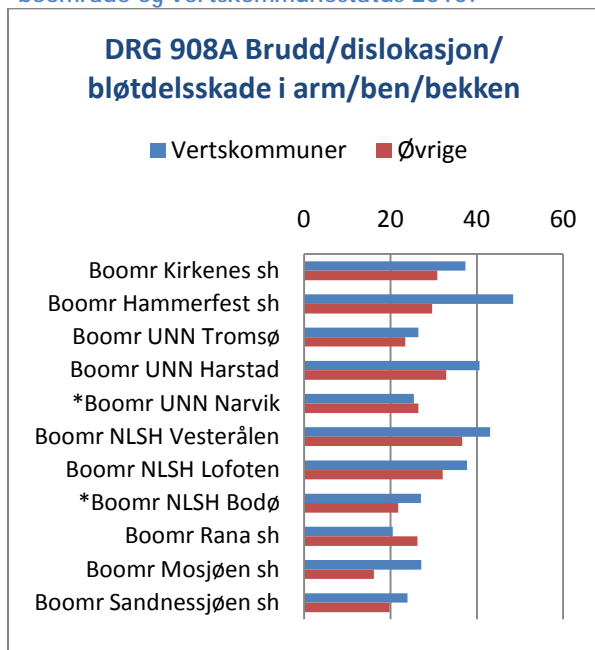


Figur 35 HDG 8 Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010.



\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

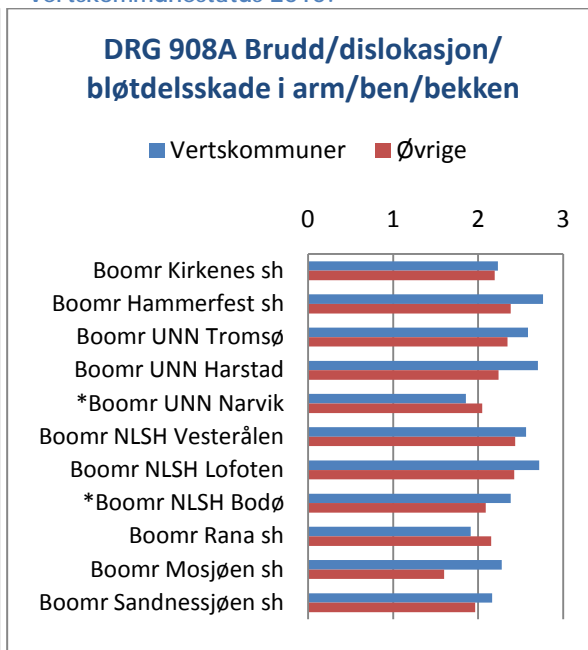
Figur 36 DRG 908A Polikliniske konsultasjoner vedrørende brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=13151 (min 410, max 3041)

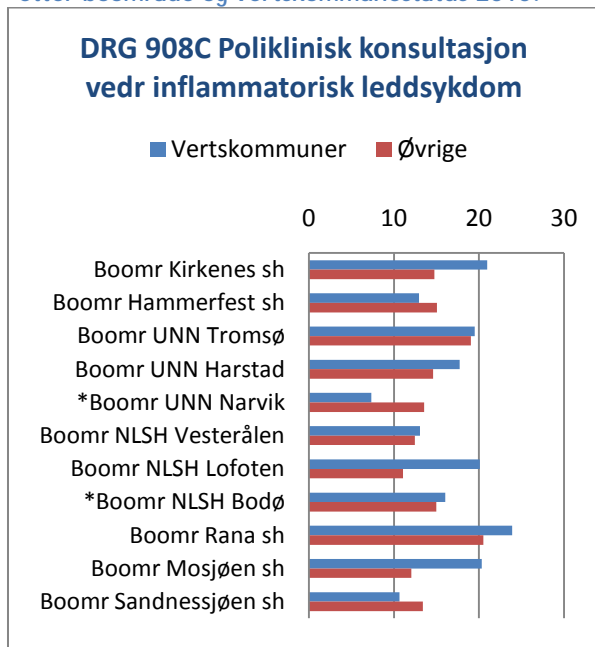
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 37 DRG 908A Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,75

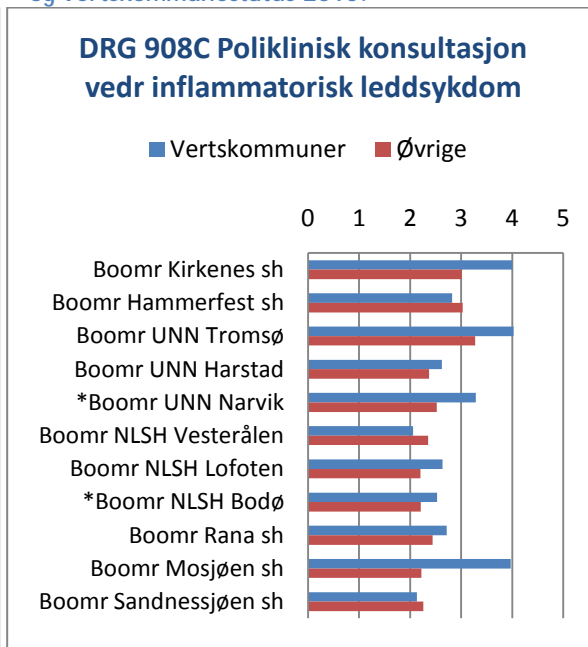
Figur 38 DRG 908C Poliklinisk konsultasjon vedrørende inflammatorisk leddsykdom behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N= 7917 (min 259, max 2373)

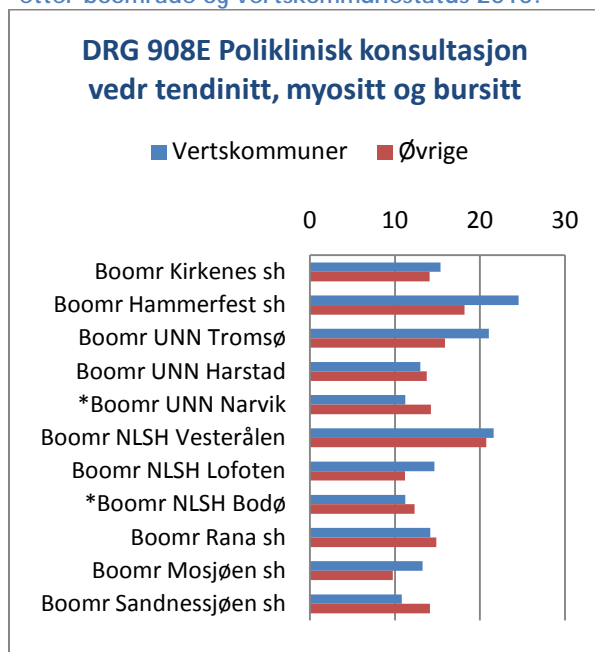
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 39 DRG 908C Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,40

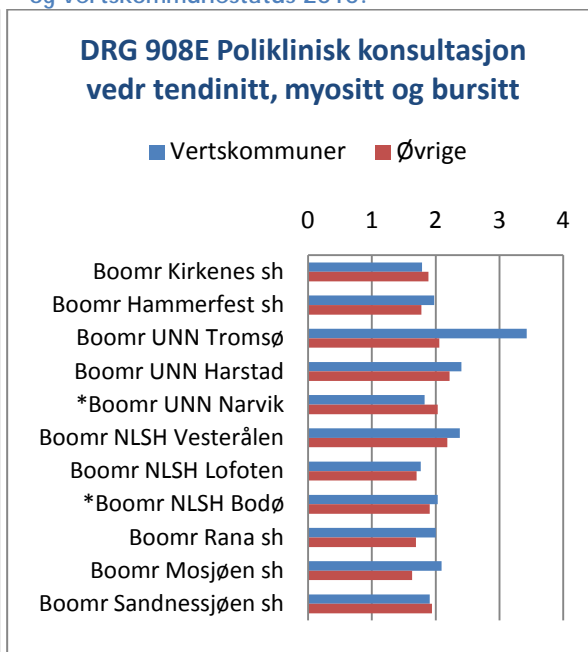
Figur 40 DRG 908E Poliklinisk konsultasjon vedrørende tendinitt, myositt og bursitt behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=7419 (min 215, max 2320)

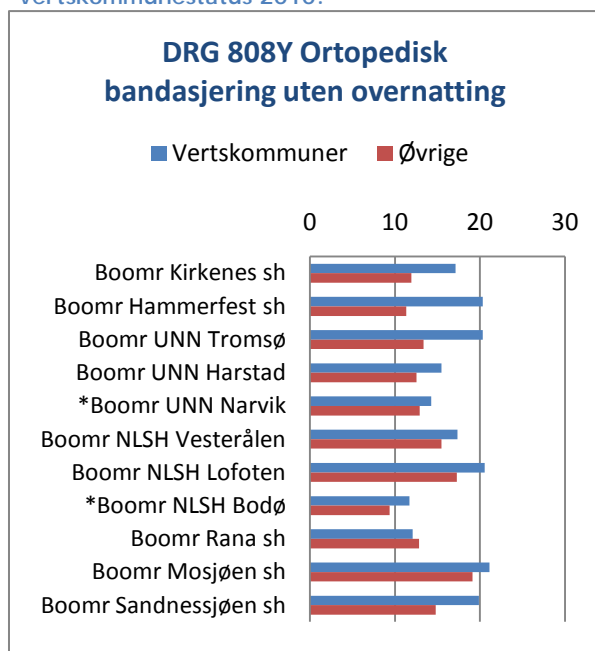
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 41 DRG 908E Poliklinisk konsultasjon vedr tendinitt, myositt og bursitt behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,43

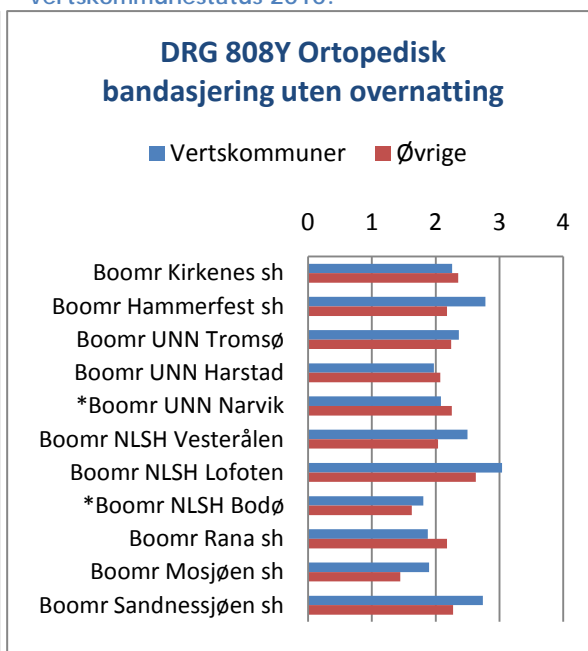
Figur 42 DRG 808Y Ortopedisk bandasjering uten overnatting behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=6877 (min 330, max 2089)

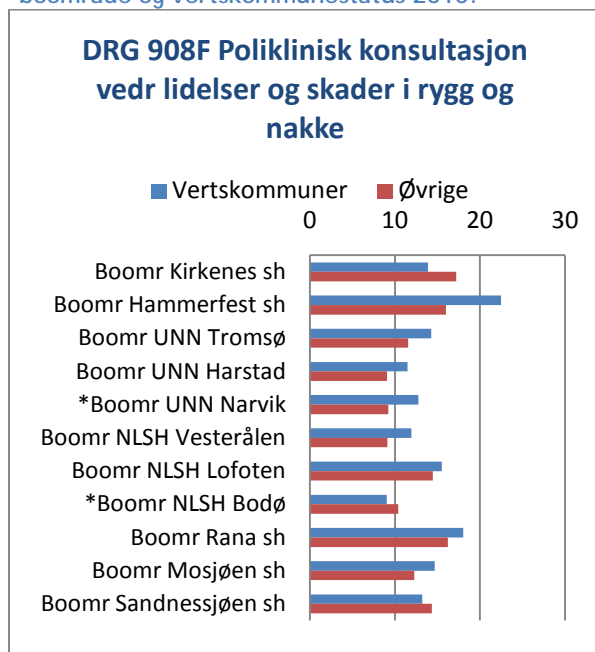
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 43 DRG 808Y Ortopedisk bandasjering uten overnatting behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,35

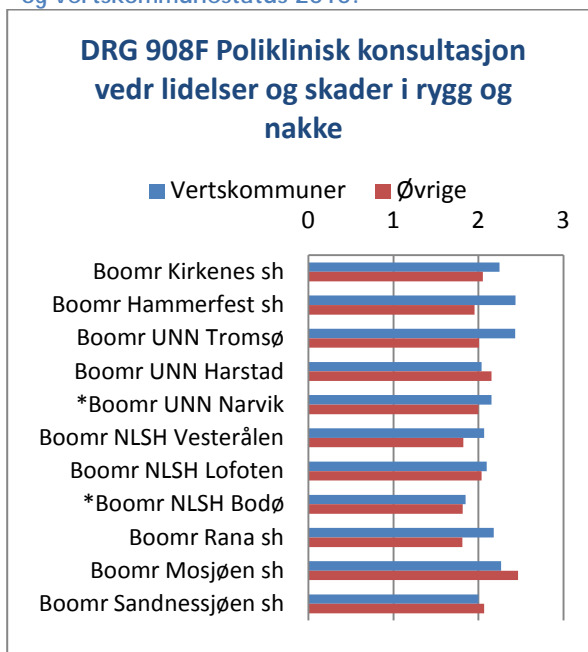
Figur 44 DRG 908F Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr lidelser og skader i rygg og nakke. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=6197 (min 241, max 1603)

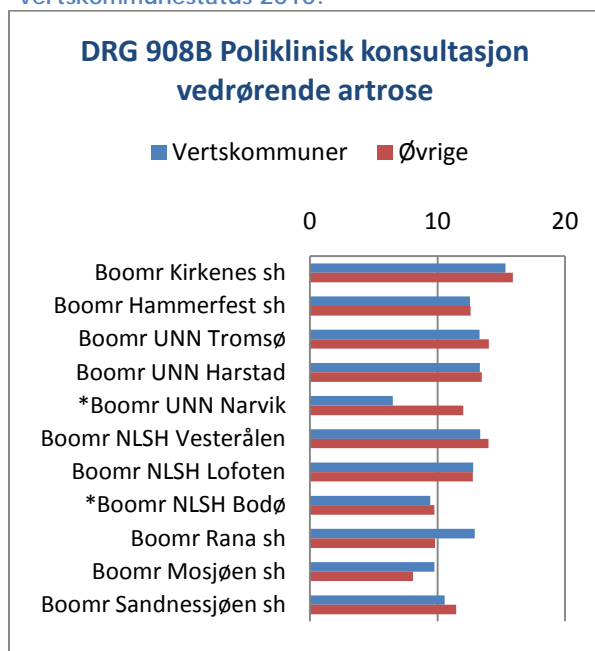
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 45 DRG 908F Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr lidelser og skader i rygg og nakke. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,47

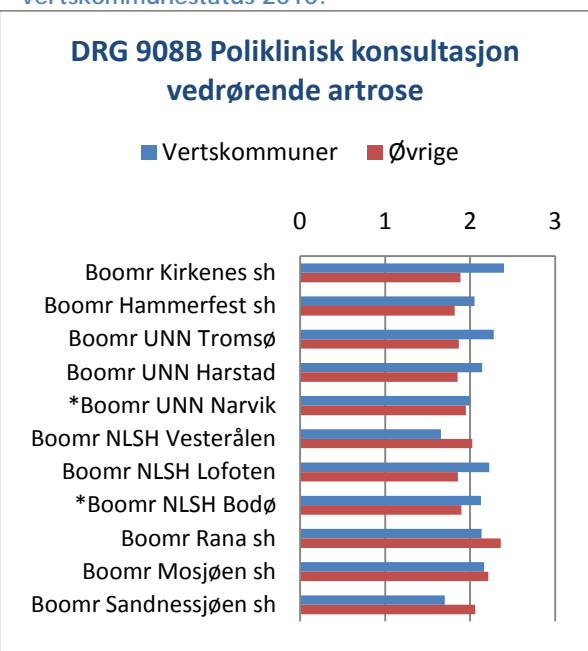
Figur 46 DRG 908B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende artrose. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=5985 (min 176, max 1657)

\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 47 DRG 908B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende artrose. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: -0,14



## Hudsykdommer

Mange hudsykdommer har et kronisk forløp og hudsykdommer genererer derfor mange polikliniske konsultasjoner. Hudsykdommer utgjør den nest største hoveddiagnosegruppen i DRG-klassifikasjonen. Det er innenfor dette fagområdet vi finner de største forbrukskontrastene i Helse Nord, både absolutt og relativt. Bodø og Rana kommuner har begge private hudleger. For disse boområdene gir derfor ikke de beskrevne sykehusforbruksratene uttrykk for det reelle forbruket.

### Leserveiledning / Forklaring til figurene

Figur 48 og Figur 49 viser absolutt (Figur 48) og relativ (Figur 49) fordeling av konsultasjoner innen ICD-10 kapitlet "Sykdommer i hud og underhud" mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 50-

Figur 54 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner *på sykehus* i HDG 9 "Sykdommer i hud, underhud og bryst" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i Helse Nord. ICD-10 kapitlet "Sykdommer i hud og underhud" (N=56 724) har en snevrere definisjon enn HDG 9 "Sykdommer i hud, underhud og bryst" (N=63 302) og er dermed ikke direkte sammenlignbart med den aktuelle HDGen, men er likevel inkludert for å gi en indikasjon på omfanget av hudkonsultasjoner hos private spesialister i de ulike boområdene.

Figur 50 viser konfidensintervall<sup>14</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater på sykehus, mens Figur 51 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient. Under Figur 50 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. De boområdene som har tilgang på private spesialister innen hudsykdommer er merket med en stjerne (\*). Figur 52 og Figur 53 viser hhv forskjell i forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene, og i

Figur 54 vises forbruksrater på sykehus fordelt på de største DRGene.

Lysbehandling (DRG 809R) er den største enkelt-DRGen. Lysbehandling som foregår i regi av private spesialister lar seg identifisere gjennom takster<sup>15</sup>, og er sammenstilt med aktuell DRG for å gi et samlet bilde av denne aktiviteten. Figur 55 viser forbruksrater for lysbehandling fordelt etter behandler (sykehus eller privat spesialist), mens Figur 56 viser andel lysbehandlinger gitt av privat spesialist.

I Figur 57-Figur 64 brytes aktivitetstall for sykehusene ned på andre volummessig store DRGer, og for hver av disse presenteres forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient fordelt på vertskommune og andre kommuner. Endelig viser Figur 65 og Figur 66 henholdsvis avviklet ventetid og andel fristbrudd for polikliniske pasienter med hudsykdommer og veneriske sykdommer etter behandlingstid i Helse Nord.

Oppgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

## Resultater

Sykdomsområdet preges av store kontraster. Bosatte i området med høyeste forbruk (Mosjøen) har mer enn fire ganger høyere forbruk enn bosatte i boområdene med lavest forbruk (Lofoten og Sandnessjøen). Det er høy korrelasjon mellom forbruksrater og konsultasjonstfrekvens. Bosatte i områder med høye forbruksrater har derfor flere konsultasjoner per pasient enn befolkningen i andre boområder.

---

<sup>14</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.

<sup>15</sup> Følgende takster er benyttet:  
254 (PUVA og UV-B-behandling, per felt)  
255a (PUVA, UV-A og UV-B helkroppsbehandling)  
255b (Kombinasjonsbehandling)

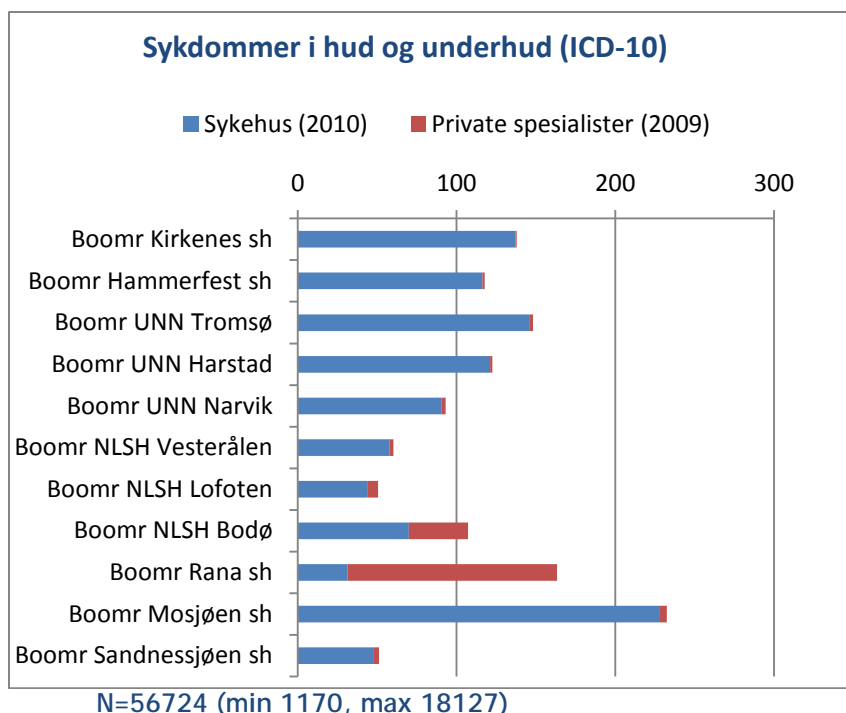
Lysbehandling utgjør en vesentlig del av de polikliniske konsultasjonene for hudlidelser (44 %). Tilbudet i form av lysbehandling kjennetegnes av særlig store kontraster, med høyt forbruk i enkelte boområder, og nesten ikke-eksisterende forbruk i andre boområder (Figur 55-Figur 58). Forbruksratene for lysbehandling i boområdet med høyest forbruk (Mosjøen) er mer enn 30 ganger høyere enn forbruket i Lofoten. Boområdet Rana har også høy lysbehandlingsrate, her i regi av privat spesialist. Det laveste forbruket finner man i boområder der det ikke er etablert noe lokalt lysbehandlingstilbud (Lofoten og Sandnessjøen).

Når det gjelder lysbehandling er det slik at et lite antall pasienter genererer et stort antall konsultasjoner. I gjennomsnitt er det 43 konsultasjoner per pasient per år. For bosatte i områdene Rana og Lofoten er ratene beregnet med færre enn 5 pasienter i nevneren, mens ratene for Sandnessjøen og Vesterålen er beregnet ut fra færre enn 20 pasienter. Det er likevel høy korrelasjon (0,93) mellom ratene for lysbehandling for årene 2009 og 2010. Områder med høy rate for lysbehandling har også høy rate for andre hudsykdommer (korrelasjon 0,90). Det er derfor rimelig grunn til å tolke resultatene som konsistente.

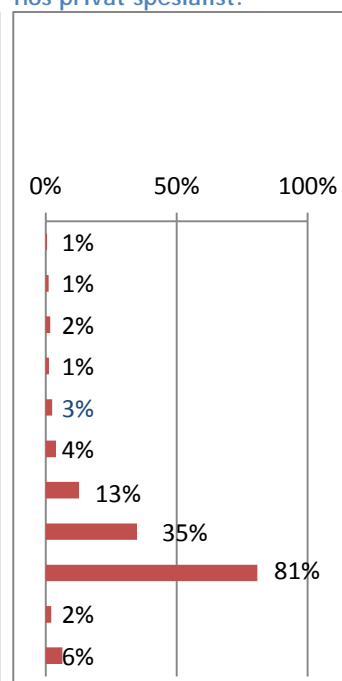
Vertskommuneeffekten er gjennomgående i alle boområder, men sterkest for boområdene Mosjøen, Hammerfest og Kirkenes. Bosatte i disse vertskommunene har 70-80 % høyere forbruksrater enn bosatte i omkringliggende kommuner. Vertskommuneeffekten kommer særlig sterkt til uttrykk for basal sårbehandling (Figur 59 og Figur 60), der vertskommunene (med unntak av Alstadhaug og Hadsel) har 2 til 6 ganger høyere forbruksrater enn omkringliggende kommuner. Høye forbruksrater her korresponderer med høy konsultasjonsfrekvens (korrelasjon 0.77).

Til tross for at bosatte i boområdet Mosjøen har de høyeste konsultasjonsratene for hudsykdommer i Helse Nord, er Helgelandssykehuset Mosjøen det sykehuset i Helse Nord som har lengst ventetid for hudpasienter med rett til nødvendig helsehjelp (Figur 65), og også en relativt høy andel fristbrudd for hudpasienter (Figur 66).

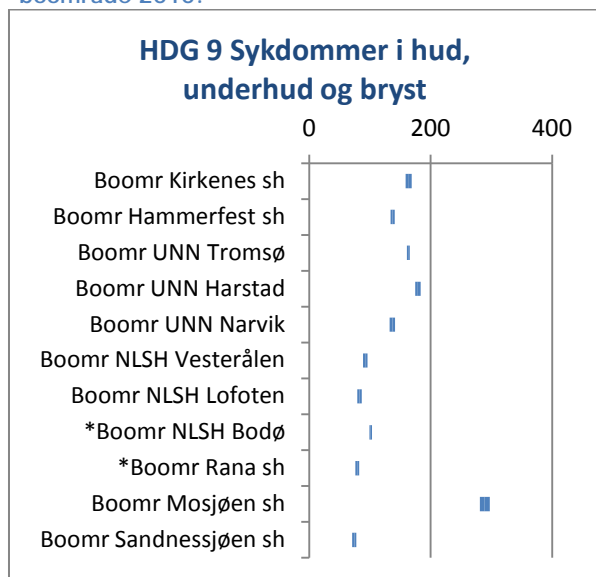
Figur 48 Sykdommer i hud og underhud (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.



Figur 49 Sykdommer i hud og underhud. Andel behandlet hos privat spesialist.



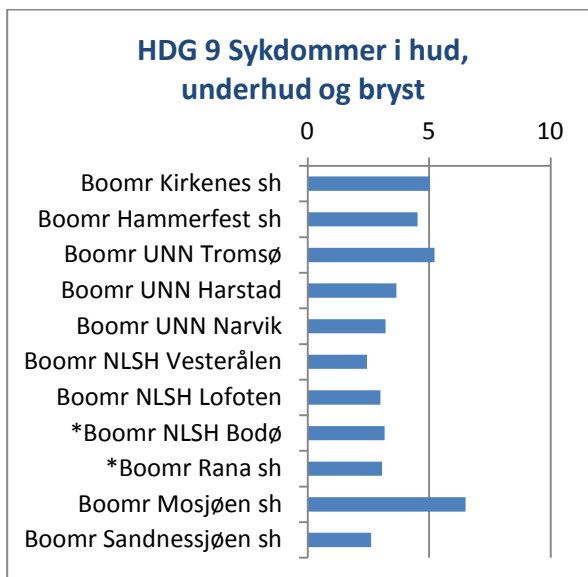
Figur 50 HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



N=63302 (min 1910, max 19940)

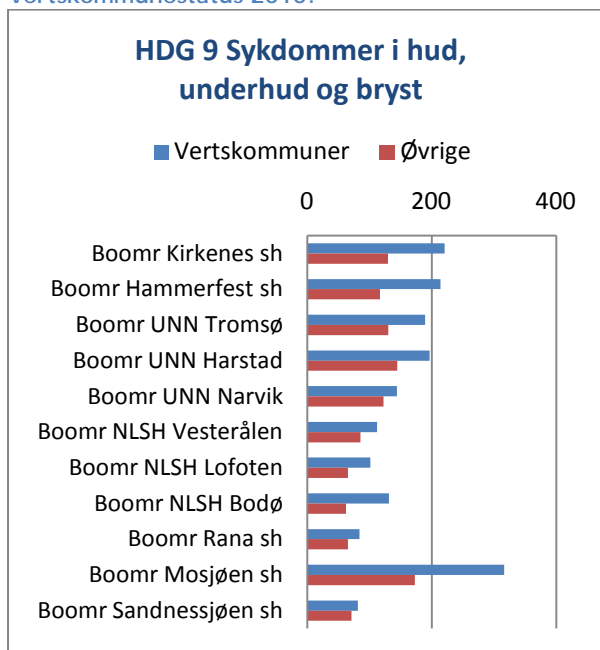
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 51 HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.



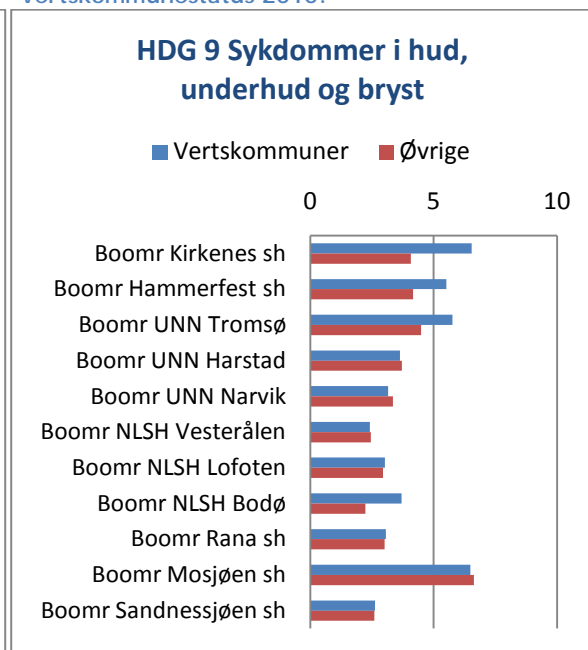
Korrelasjon: 0,89

Figur 52 HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.

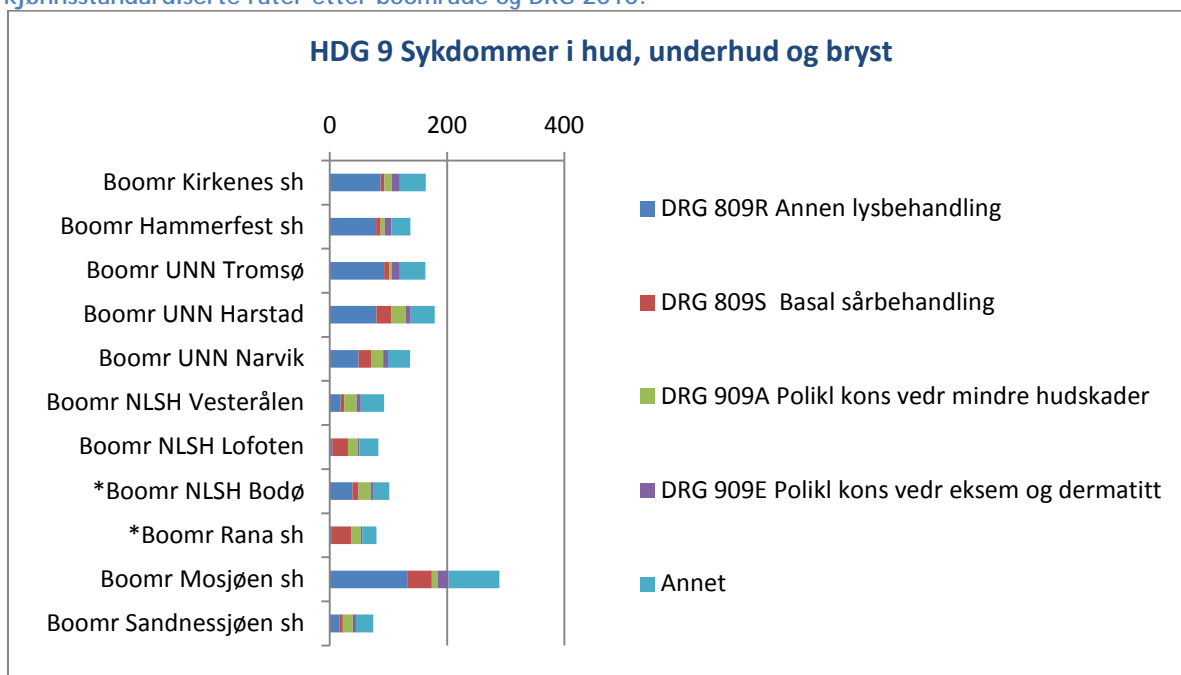


\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 53 HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.

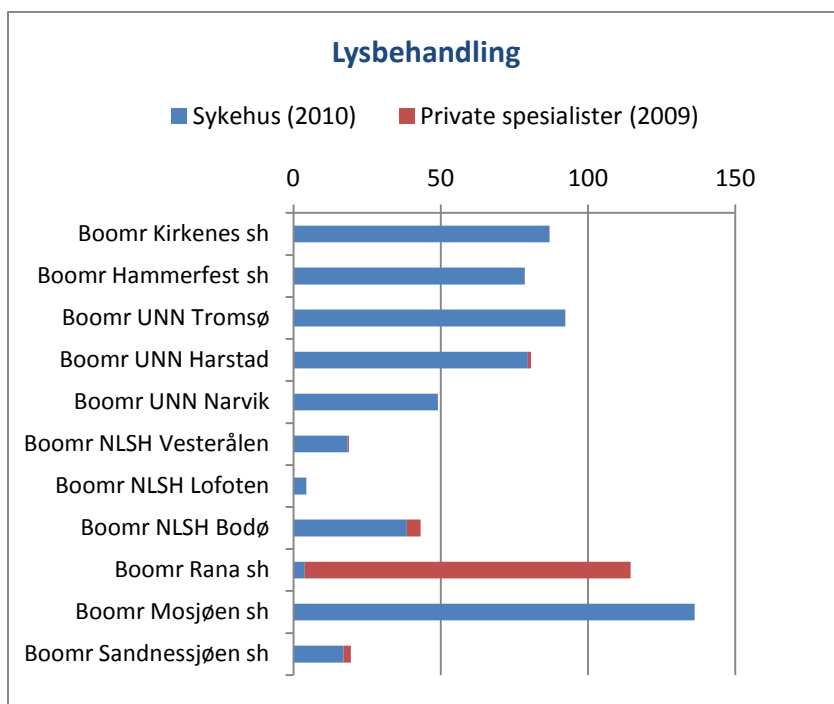


Figur 54 HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010.



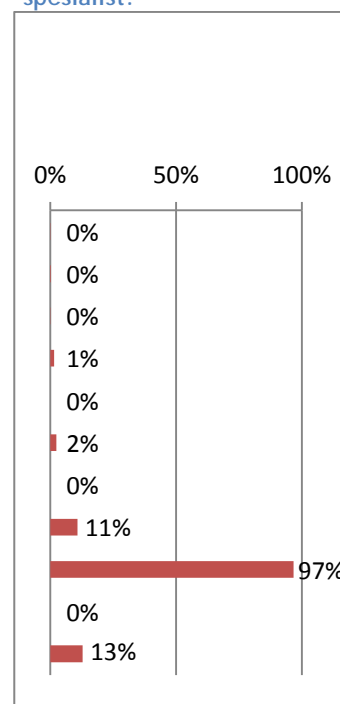
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 55 Lysbehandling etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

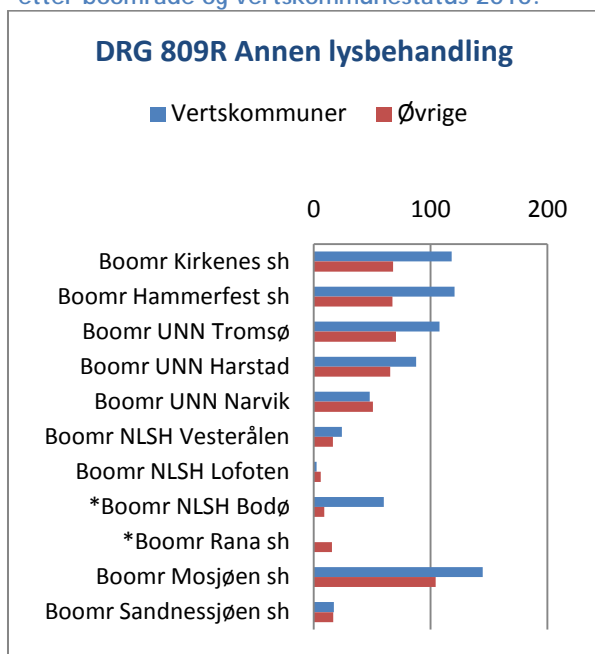


N=32318 (min 97, max 11306)

Figur 56 Lysbehandling. Andel behandlet hos privat spesialist.



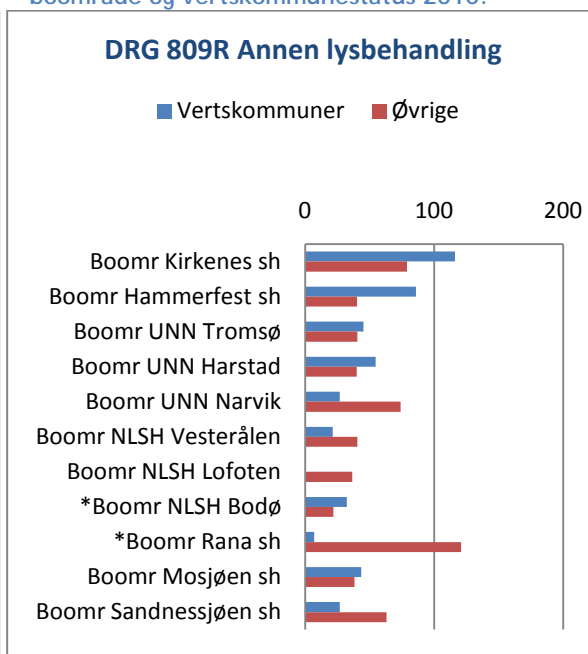
Figur 57 DRG 809R Annen lysbehandling på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=28071 (min 97, max 11305)

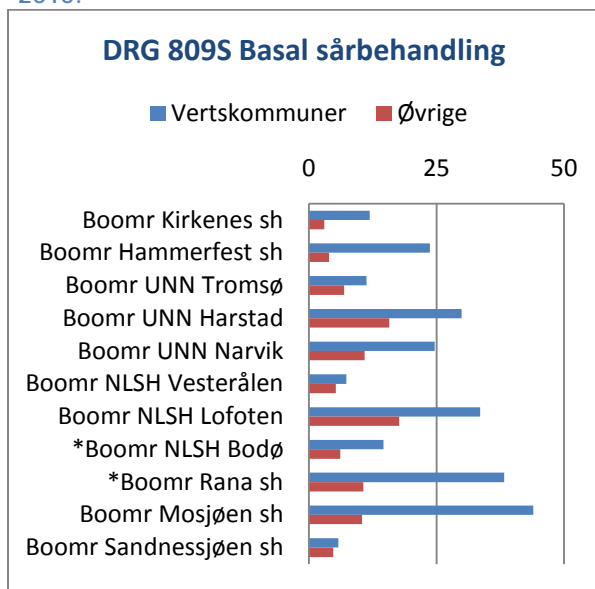
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 58 DRG 809R Annen lysbehandling på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,16

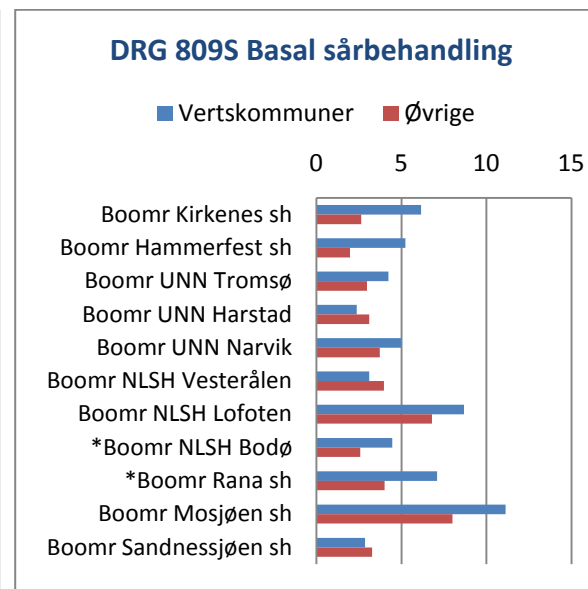
Figur 59 DRG 809S Basal sårbehandling på sykehus uten overnatting. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=6674 (min 138, max 1106)

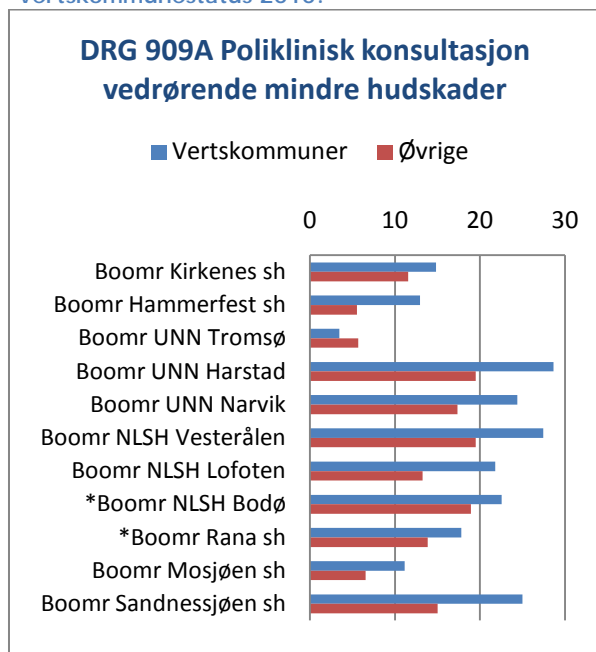
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 60 DRG 809S Basal sårbehandling på sykehus uten overnatting. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,77

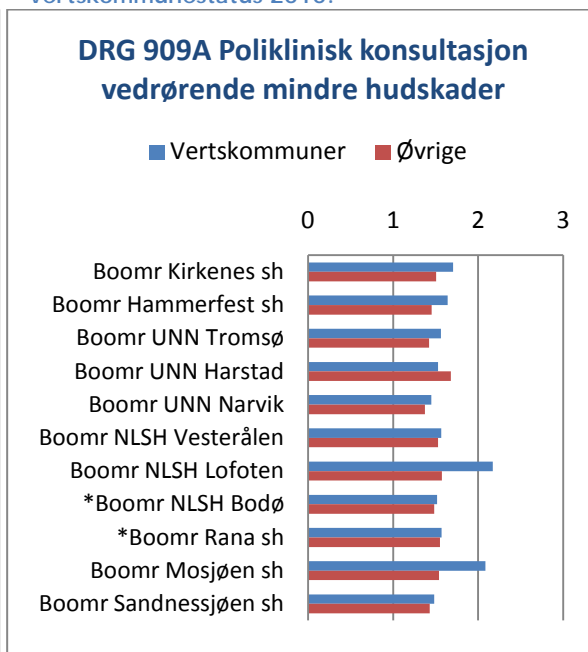
Figur 61 DRG 909A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende mindre hudskader. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=6519 (min 166, max 1699)

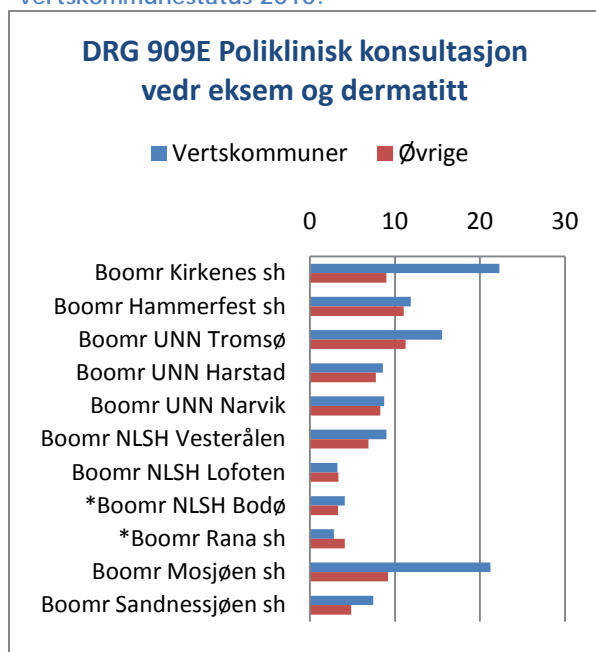
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 62 DRG 909A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende mindre hudskader. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: -0,18

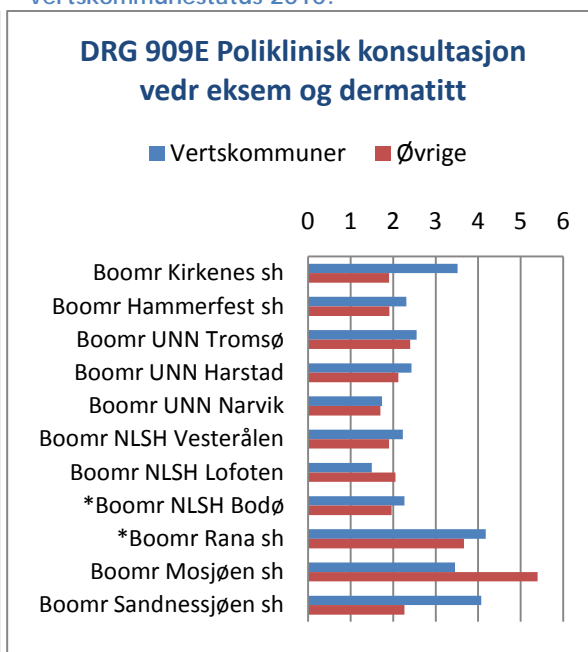
Figur 63 DRG 909E Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr eksem og dermatitt. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=4241 (min 75, max 1661)

\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

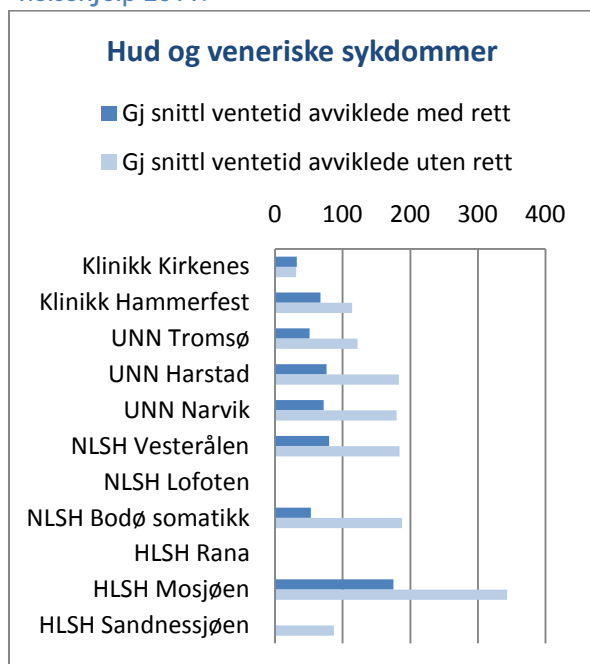
Figur 64 DRG 909E Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr eksem og dermatitt. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



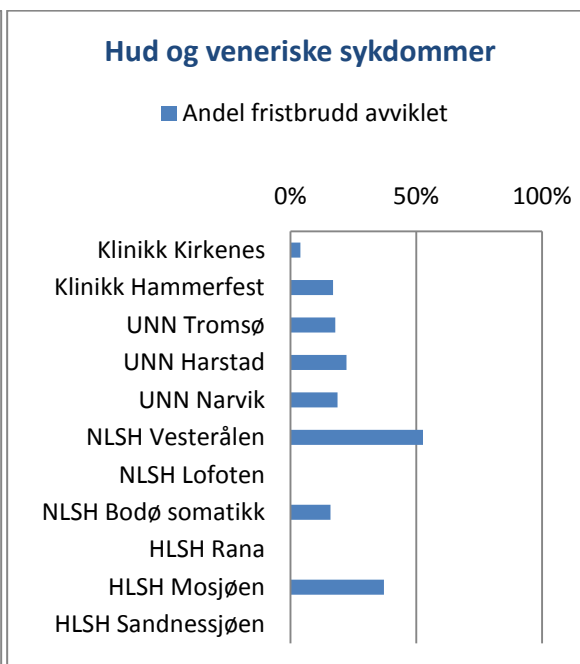
Korrelasjon: 0,22



Figur 65 Hud og veneriske sykdommer. Gjennomsnittlig ventetid på sykehus for avviklede polikliniske pasienter med/uten rett til nødvendig helsehjelp 2011.



Figur 66 Hud og veneriske sykdommer. Andel fristbrudd på sykehus for polikliniske pasienter med rett til nødvendig helsehjelp 2011.



## Øre-, nese- og halssykdommer

Øre-, nese- og halssykdommer (ØNH) er et område der forbruk hos private spesialister har et relativt stort omfang (30 %). Geografisk fordelte aktive avtalehjemler innen dette fagområdet seg slik i 2009: Tromsø (2), Øksnes (1.6), Bodø (1), Alta (1), Narvik (0,75), Mo i Rana (0,2) og Alstadhaug (0,2), i alt 6.75 hjemler. For bosatte i disse områdene gir derfor ikke oppgitte forbruksrater på sykehus uttrykk for det faktiske forbruket.

### Leserveiledning / Forklaring til figurene

Figur 67 og Figur 68 viser absolutt (Figur 67) og relativ (Figur 68) fordeling av konsultasjoner innen ICD-10 kapitlet "Sykdommer i øre og ørebensknute" mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 69-Figur 73 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner på sykehus for HDG 3 "Øre-, nese- og halssykdommer" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i nord. ICD-10 kapitlet omfatter kun sykdommer i øre og ørebensknute (N=37 436), og har dermed en snevrere definisjon enn HDG 3 "Øre-, nese- og halssykdommer" (N=43 250). Tallene for ICD-10 kapitlet er dermed ikke direkte sammenlignbare med den aktuelle HDGen, men er likevel inkludert for å gi en indikasjon på omfanget av ØNH-konsultasjoner hos private spesialister i de ulike boområdene.

Figur 69 viser konfidensintervall<sup>16</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater på sykehus, mens Figur 70 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient. Under Figur 69 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. De boområdene som har tilgang på privat spesialist innen ØNH-sykdommer er merket med en stjerne (\*). Figur 71 og Figur 72 viser hhv forskjell i forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene, og i Figur 73 vises forbruksrater på sykehus fordelt på de største DRGene.

<sup>16</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.

Hørselsforbedrende intervensjoner, herunder tilpasning og kontroll av høreapparat, er den største enkeltgruppen. Tilpasning og kontroll av høreapparat utført av privat spesialist lar seg identifisere gjennom takster<sup>17</sup>, og er sammenstilt med DRG 803U (Hørselsforbedrende intervensjoner) for å få et samlet bilde av denne aktiviteten. Figur 74 viser forbruksrater for hørselsforbedrende intervensjoner fordelt mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 75 viser andel behandlet hos privat spesialist.

I Figur 76 og Figur 77 presenteres sykehusforbruksrater og antall sykehuskonsultasjoner per pasient for hørselsforbedrende intervensjoner fordelt på vertskommune og andre kommuner, mens Figur 78 viser fordeling mellom tilpasning og kontroll av høreapparat på sykehus i de ulike boområdene. Videre i Figur 79-Figur 82 brytes aktivitetstall for sykehusene ned på andre volummessig store DRGer, og for hver av disse presenteres forbruksrater og antall konsultasjoner per pasient fordelt på vertskommune og andre kommuner.

Oppgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehus konsultasjoner per pasient i de ulike boområdene. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

## Resultater

Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og sykdomsområdet defineres i henhold til ICD-10-kodeverket, har boområdet Rana de høyeste forbruksratene for øresykdommer i Helse Nord, 44 % over forbruket i boområdet Kirkenes. For tilpasning og kontroll av høreapparat har boområdet Rana 2.6 ganger høyere forbruksrate sammenlignet med boområdet Vesterålen.

Ser vi isolert på aktivitet på sykehus, og definerer ØNH-problematikk i henhold til DRG-klassifikasjonen, finner vi at forbruksratene for polikliniske konsultasjoner for ØNH-sykdommer varierer med en faktor på 2.7. Ulik tilgjengelighet av private spesialister gjør det imidlertid vanskelig å sammenligne de ulike boområdene. Ser vi utelukkende på bosatte i boområder uten etablerte private praksiser og sammenlikner disse, er variasjonen mindre (varierer med en faktor på 1.7). De høyeste forbruksratene på sykehus finner vi i opptaksområdene til Helgelandssykehuset og UNN Harstad. Dette er boområder uten etablerte avtalespesialister, som likevel har markert høyere forbruksrater enn andre områder uten etablert avtalespesialist (Kirkenes og Lofoten). Bosatte i boområdet Harstad har markert flere konsultasjoner per pasient enn bosatte i andre boområder.

Konsultasjoner for hørselsforbedrende intervensjoner (Figur 76 og Figur 77) står for det største volumet (26 %), og viser også de største kontrastene. Tilpasning og kontroll av høreapparat utgjør 97 % av konsultasjonene i denne DRGen. Variasjon i samlet forbruksrate forklares delvis i ulikt omfang av høreapparatkontroller. Særlig har bosatte i opptaksområdet til Helgelandssykehuset mange kontroller sammenlignet med bosatte i andre områder, jfr. Figur 78. Bosatte i boområdet til Mosjøen har høye forbruksrater til tross for at konsultasjonene ikke finner sted lokalt.

Sterkest vertskommuneeffekt finner vi for konsultasjoner vedrørende betennelsestilstander i ØNH-regionen (Figur 81 og Figur 82) for boområdene Hammerfest og Vesterålen. Her skyldes forskjellen delvis et ikke-identifiserbartforbruk på DRG-nivå hos private spesialister i gruppen "øvrige".

Korrelasjon mellom forbruksrater og konsultasjonsfrekvens er svak til moderat, og sterkest for betennelsestilstander ( $r=0.69$ ).

---

<sup>17</sup> Følgende takster er benyttet for å definere tilpasning/kontroll av høreapparat:

324a (Utprøving og tilpassing av høreapparat)

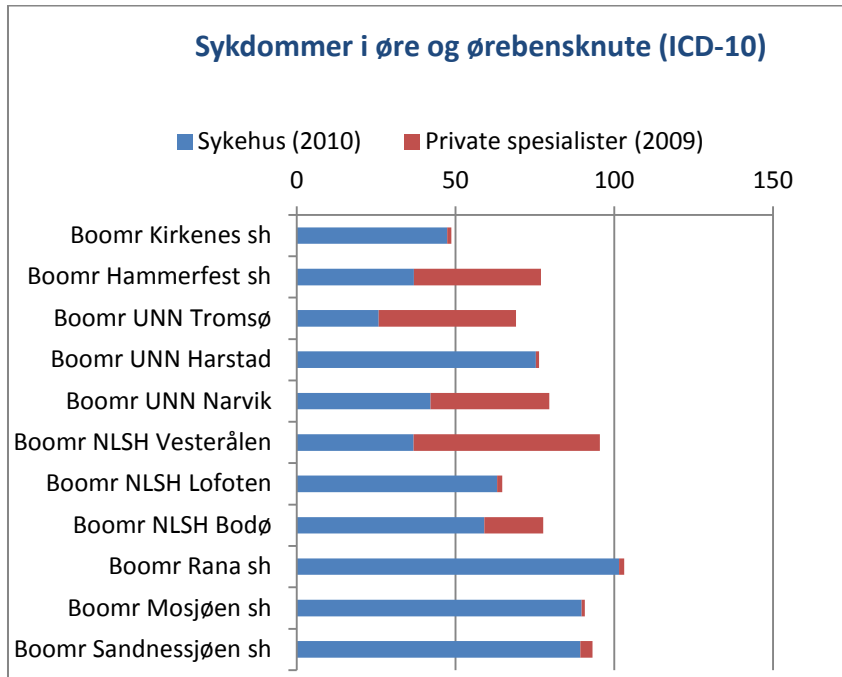
324b (Utprøving og tilpassing av mer enn ett høreapparat)

324c (Instruksjon i bruk av høreapparat)

324d (Bestemmelse av nytten av høreapparat ved taleaudiometri i fritt felt)

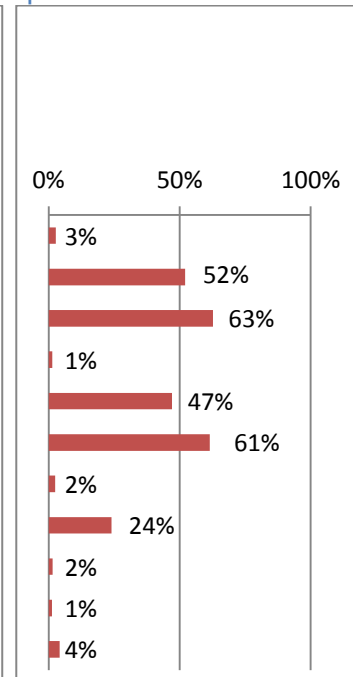
324e (Oppfølgende kontroll og ytterligere instruksjon i bruken/eventuell justering av høreapparat)

Figur 67 Sykdommer i øre og ørebensknote (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

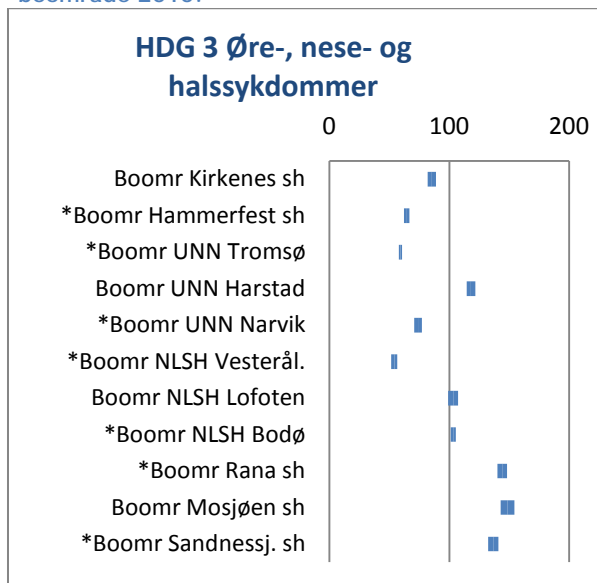


N=37436 (min 1305, max 8080)

Figur 68 Sykd i øre og ørebensknote. Andel behandlet hos privat spesialist.



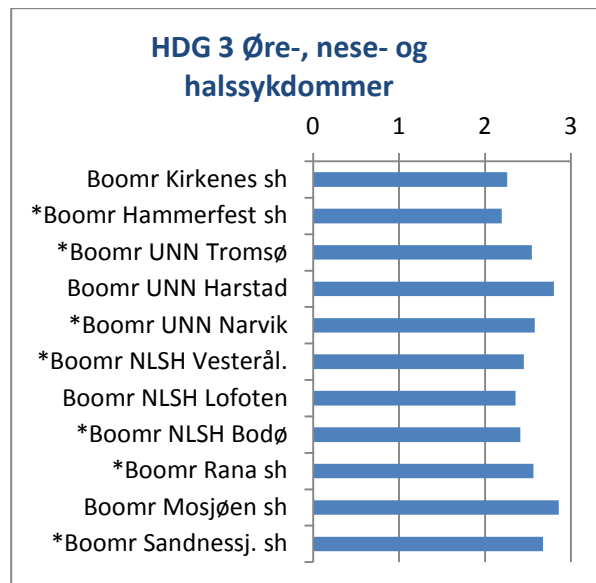
Figur 69 HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



N=43250 (min 1787, max 8500)

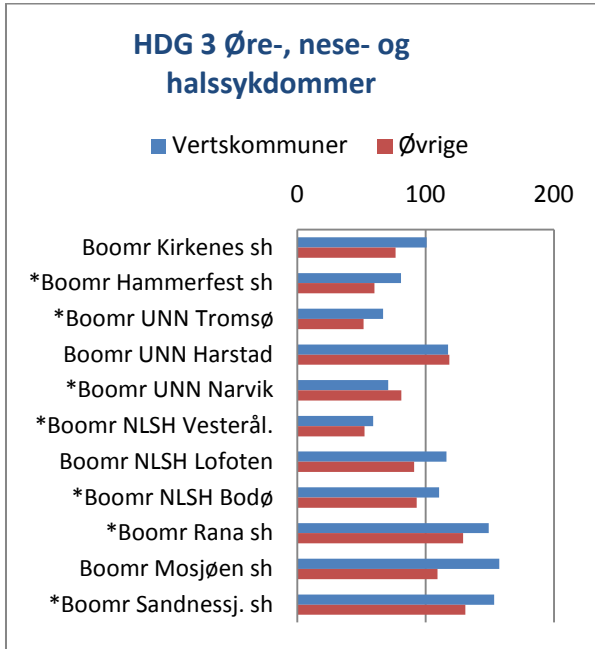
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 70 HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.



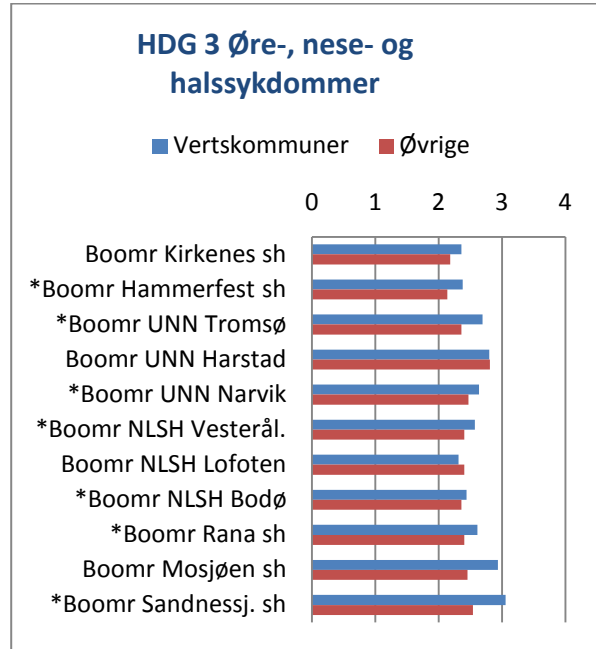
Korrelasjon: 0,61

Figur 71 HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.

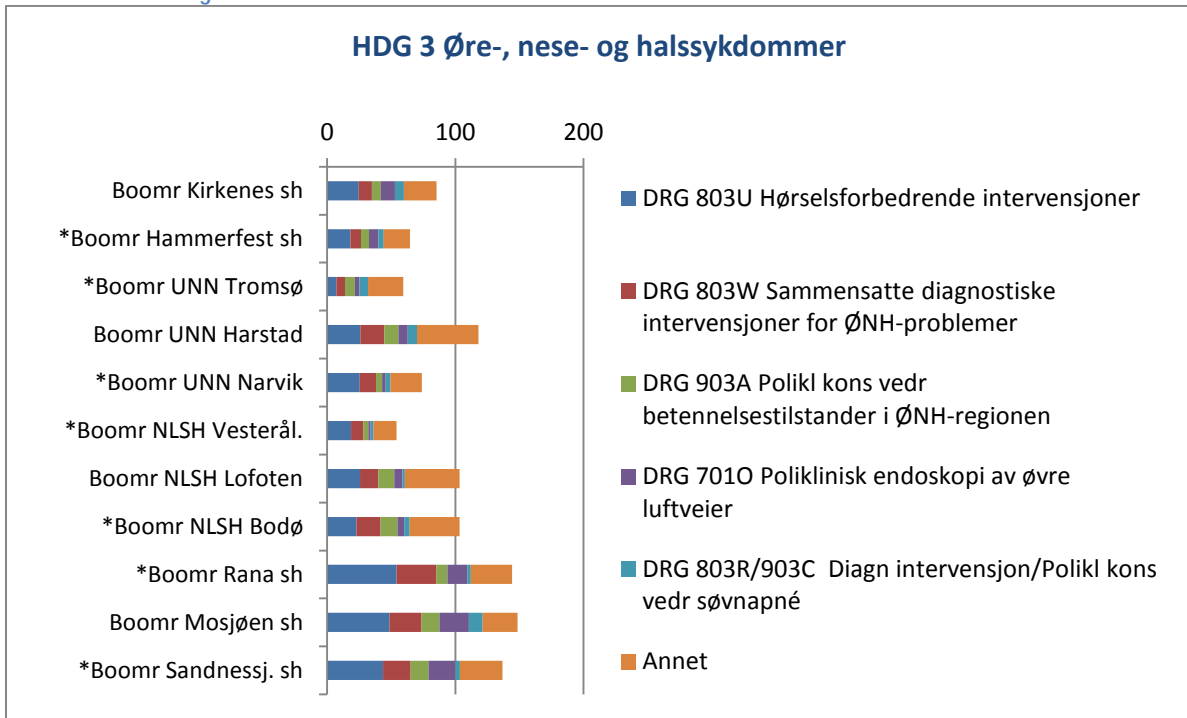


\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 72 HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.

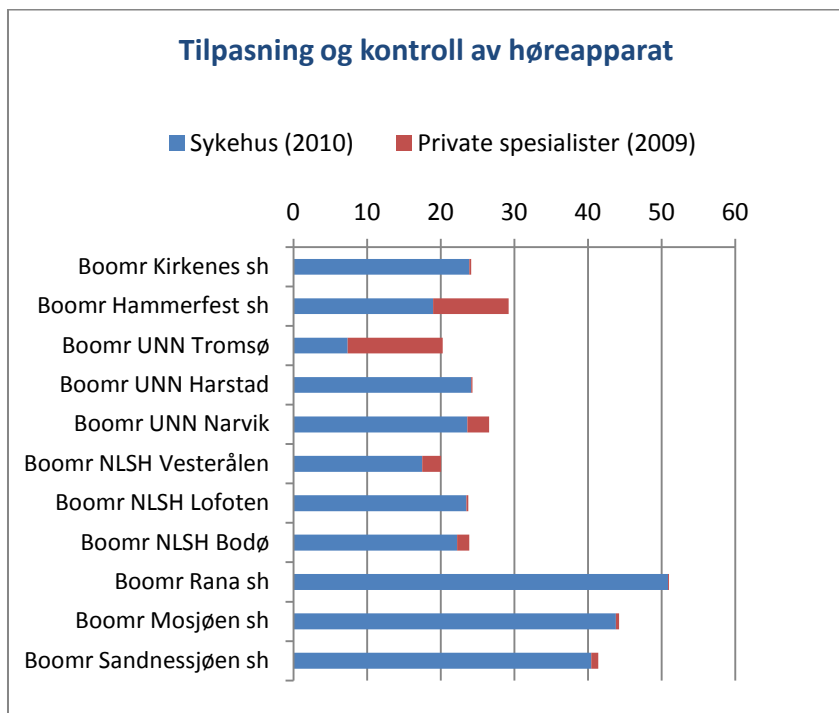


Figur 73 HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010.



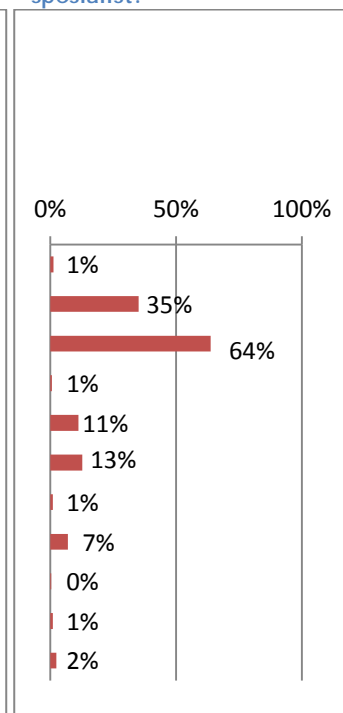
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 74 Tilpasning og kontroll av høreapparat etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

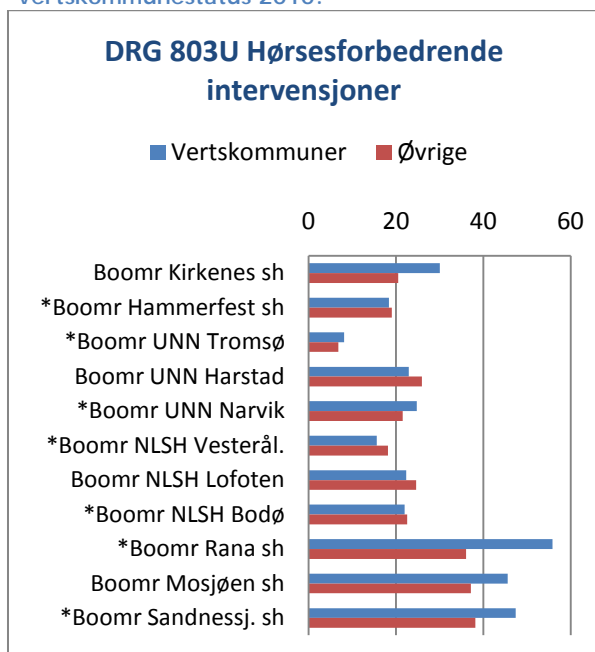


N=13891 (min 617, max 2517)

Figur 75 Tilpasning og kontroll av høreapparat. Andel behandlet hos privat spesialist.



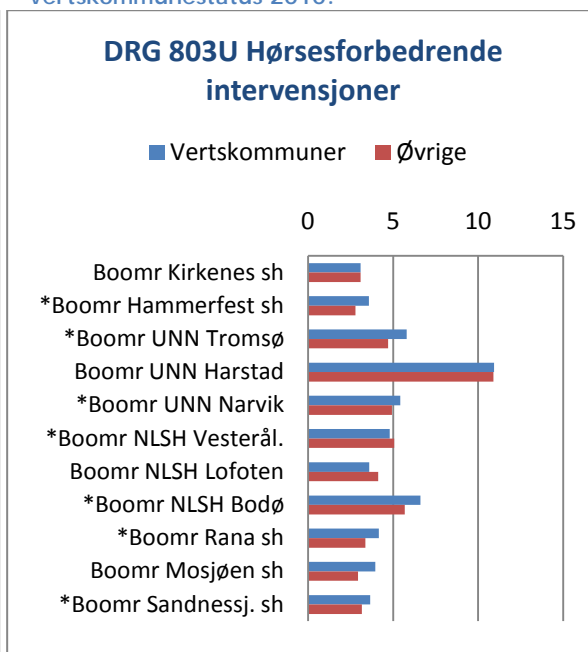
Figur 76 DRG 803U Hørselsforbedrende intervensjoner på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=11159 (min 611, max 1906)

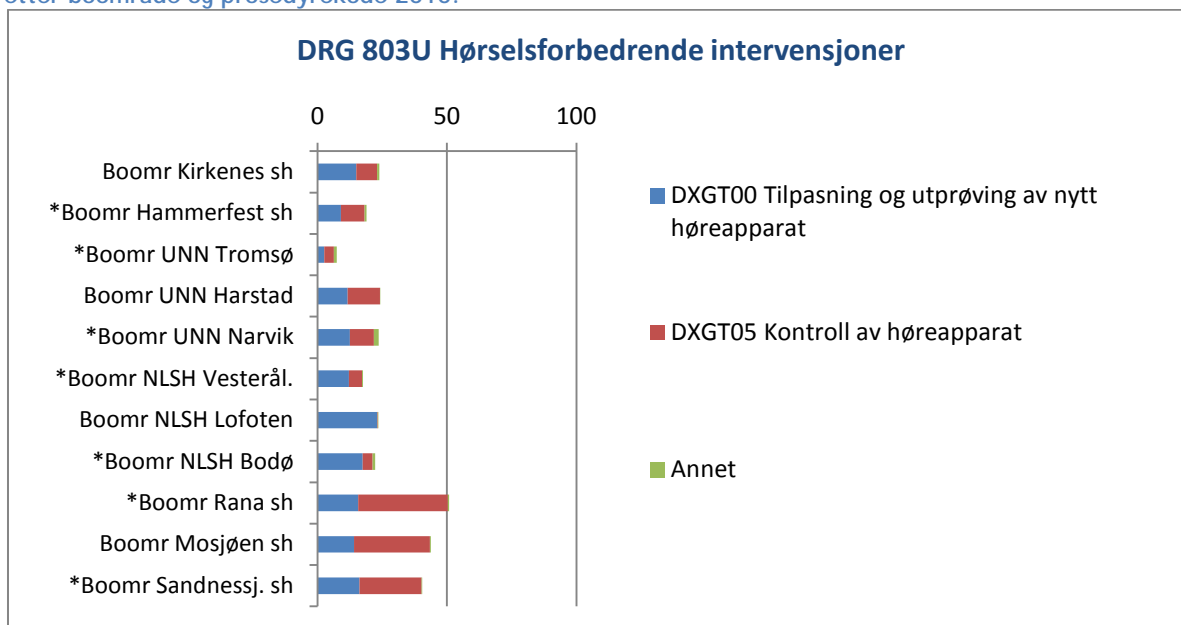
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 77 DRG 803U Hørselsforbedrende intervensjoner på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



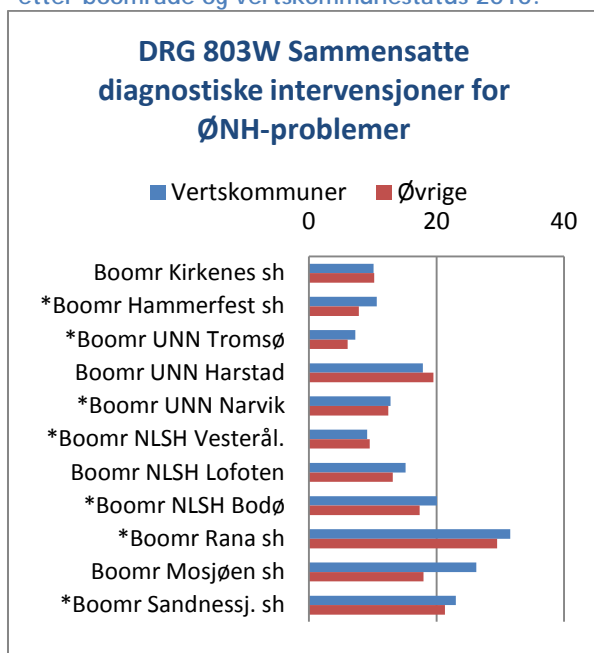
Korrelasjon: -0,24

Figur 78 DRG 803U Hørselsforbedrende intervensjoner på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og prosedyrekode 2010.



\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

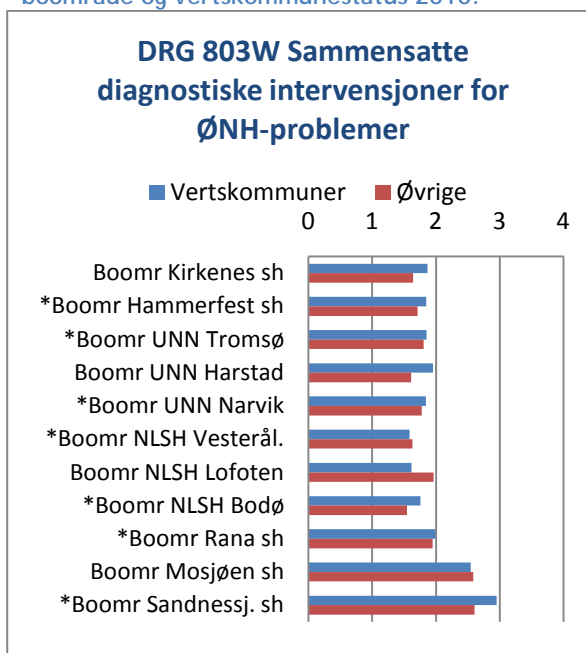
Figur 79 DRG 803W Sammensatte diagnostiske intervensjoner på sykehus for ØNH-problemer uten overnatting. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=6884 (min 268, max 1551)

\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

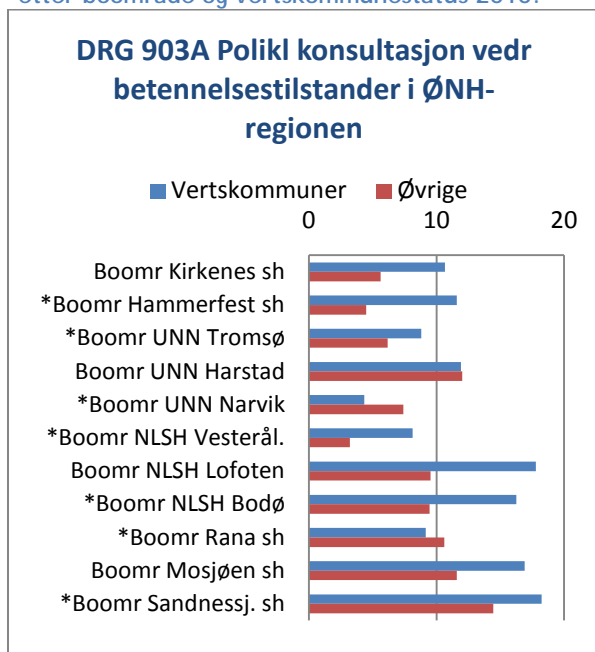
Figur 80 DRG 803W Sammensatte diagnostiske intervensjoner på sykehus for ØNH-problemer uten overnatting. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,57



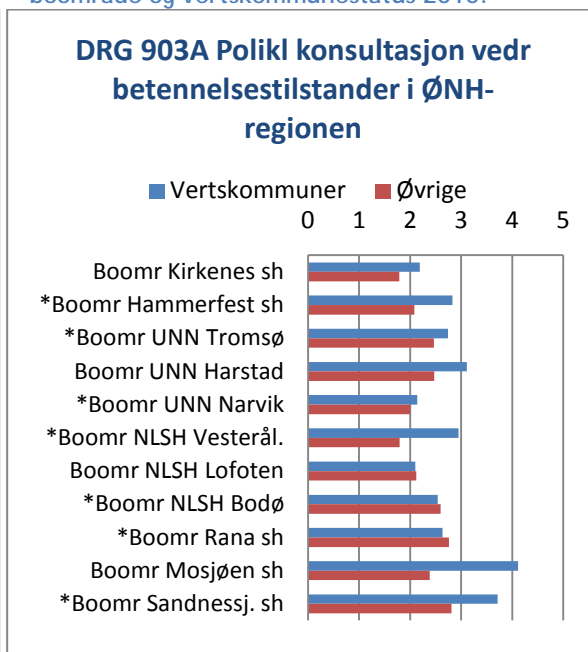
Figur 81 DRG 903A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr betennelsestilstander i ØNH-regionen. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=4412 (min 129, max 1091)

\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 82 DRG 903A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr betennelsestilstander i ØNH-regionen. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,69

## Fordøyelsesykdommer

Fordøyelsesykdommer stod for 7 % av de polikliniske konsultasjonene på sykehus for bosatte i Helse Nord i 2010. Endoskopi av øvre magetarmkanal (gastroskopi) stod for 21 % av sykehuskonsultasjonene i dette kapitlet. Andre store grupper er koloskopi (13 %), magesmerter (11%), inflammatorisk tarmsykdom (9 %), svulst i fordøyelseskanaalen (5 %) samt behandling med infusjon av biologiske legemidler (3%).

Private avtalespesialister har et begrenset innslag, med 1 hjemmel for generell kirurgi og fordøyelseskirurgi i Bodø, en 40 % hjemmel i indremedisin og fordøyelsesykdommer i Tromsø (i 2009), samt en 20 % hjemmel i indremedisin og fordøyelsesykdommer i Karasjøk. I tillegg utfører generelle indremedisinere og ØNH-leger en vesentlig del av aktiviteten (henholdsvis 50% og 15%).

### Leserveiledning / Forklaring til figurene

Figur 83 og Figur 84 viser absolutt (Figur 83) og relativ (Figur 84) fordeling av konsultasjoner innen ICD-10 kapitlet "Sykdommer i fordøyelsessystemet" mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 85-Figur 89 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner på sykehus for HDG 6 "Sykdommer i fordøyelsesorganene" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i nord. ICD-10 kapitlet "Sykdommer i fordøyelsessystemet" (N=27 355) har en snevrere definisjon enn HDG 6 "Sykdommer i fordøyelsesorganene" (N=32 183). Tall for ICD-10 kapitlet er dermed ikke direkte sammenlignbare med den aktuelle HDGen, men er likevel inkludert for å gi en indikasjon på omfanget av konsultasjoner vedrørende fordøyelsesykdommer hos private spesialister i de ulike boområdene.

Figur 85 viser konfidensintervall<sup>18</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater på sykehus per boområde, mens Figur 86 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient. Under Figur 85 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. De boområdene som har tilgang på privat spesialist innen fordøyelsesykdommer er merket med en stjerne (\*). Figur 87 og Figur 88 viser hhv forskjell i

<sup>18</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.

forbruksrater på sykehus og i antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene. I Figur 89 vises forbruksrater på sykehus fordelt på de største DRGene.

Gastroskopi (Poliklinisk endoskopi av øvre magetarmkanal (DRG 7110)) og koloskopi (DRG 7100) er de største DRGene. Gastroskopier og koloskopier utført av private spesialister lar seg identifisere gjennom takster<sup>19</sup>, og er sammenstilt med aktuelle DRGer for å vise samlet forbruk av disse tjenestene. Figur 90 og Figur 91 viser henholdsvis absolutt og relativ fordeling av gastroskopier mellom sykehus og private spesialister per boområde, mens Figur 94 og Figur 95 viser tilsvarende for koloskopier.

I Figur 94-Figur 99 brytes aktivitetstall for sykehusene ned på andre volummessig store DRGer (herunder gastroskopier og koloskopier), og for hver av disse presenteres forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient fordelt på vertskommune og andre kommuner.

Videre viser Figur 100 og Figur 101 forbruksrater og konsultasjonsfrekvens på sykehus for HDG 7 (Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel) for vertskommuner og andre.

Opgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient i de ulike boområdene. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

## Resultater

Den geografiske variasjonen i forbruksrater er mindre for dette fagområdet enn for en del andre fagområder. Bosatte i området med den høyeste forbruksraten (Rana) har dobbelt så høye forbruksrater for konsultasjoner som faller inn under ICD-10-kapitlet "Sykdommer i fordøyelsessystemet" sammenlignet med boområdet Hammerfest, når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett. Helgelandssykehuset Rana har samtidig høyest andel fristbrudd og lengst ventetider for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp for dette sykdomsområdet, jfr. Tabell 18, side 125.

Ser vi isolert på sykehuskonsultasjoner finner vi størst kontraster for smertetilstander i mageregionen (Figur 98 og Figur 99). For konsultasjoner vedrørende smerter i mageregionen har bosatte i området Rana mer enn dobbelt så mange konsultasjoner som bosatte i området Mosjøen. Sterkest vertskommuneeffekt finner vi i boområdene med de høyeste forbruksratene (Rana og Mosjøen). I disse boområdene har befolkningen i vertskommunene rundt 30% høyere forbruksrate enn i de omkringliggende kommunene.

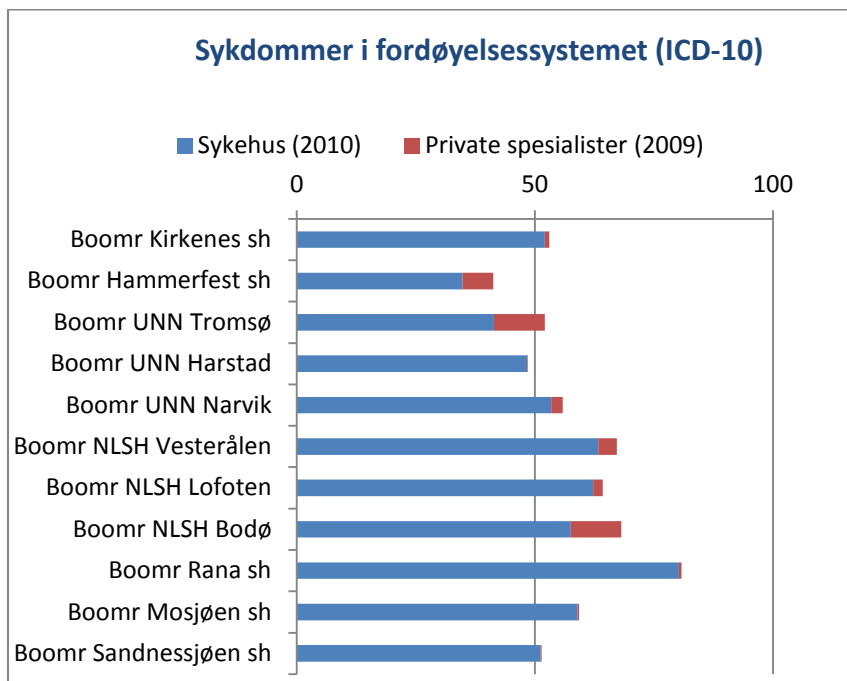
For HDG 7 (Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel) finner vi de høyeste forbruksratene for bosatte i boområdet til Nordlandssykehuset Bodø. Forbruksratene her er dobbelt så høye som i boområdet Sandnessjøen. Den største undergruppen her er DRG 907A (Poliklinisk konsultasjon vedr hepatitt og andre ikke-maligne leverlidelser).

Det er svak korrelasjon mellom forbruksrater og antall konsultasjoner per pasient. Årsaker til forbruksvariasjon må derfor forklares ut fra andre forhold enn konsultasjonsfrekvens.

---

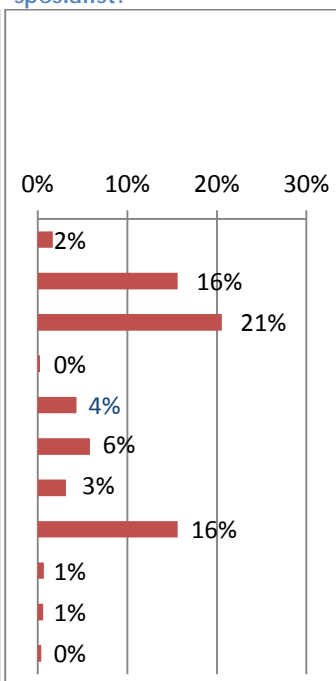
<sup>19</sup> Takst 112a "Gastroskopi" og takst 115a "Koloskopi (til ileum)"

Figur 83 Sykdommer i fordøyelsessystemet (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

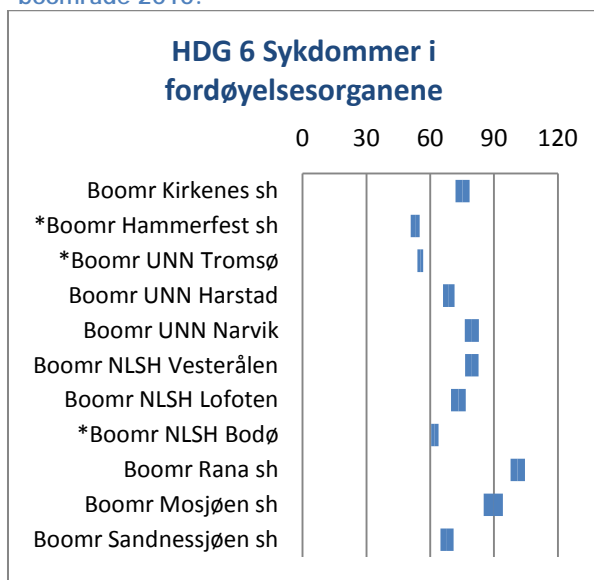


N=27355 (min 1002, max 6346)

Figur 84 Sykd i fordøyelsessystemet. Andel behandlet hos privat spesialist.



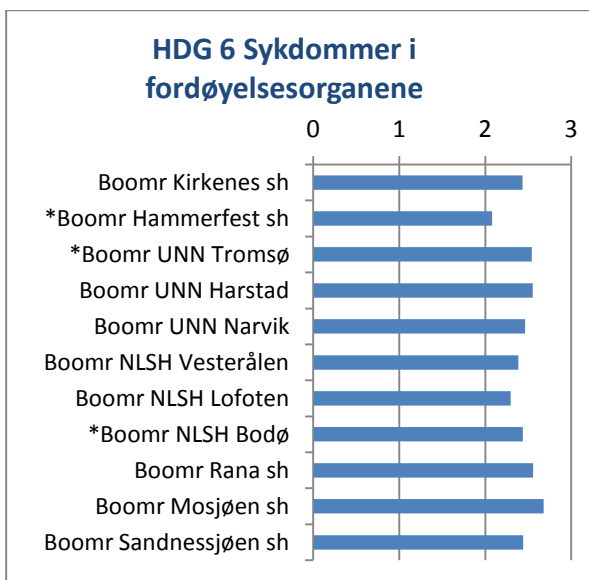
Figur 85 HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



N=32183 (min 1528, max 6749)

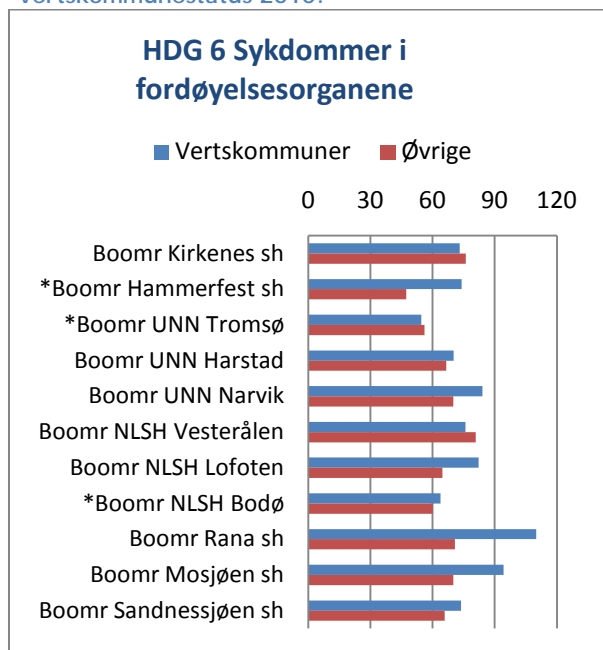
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 86 HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.

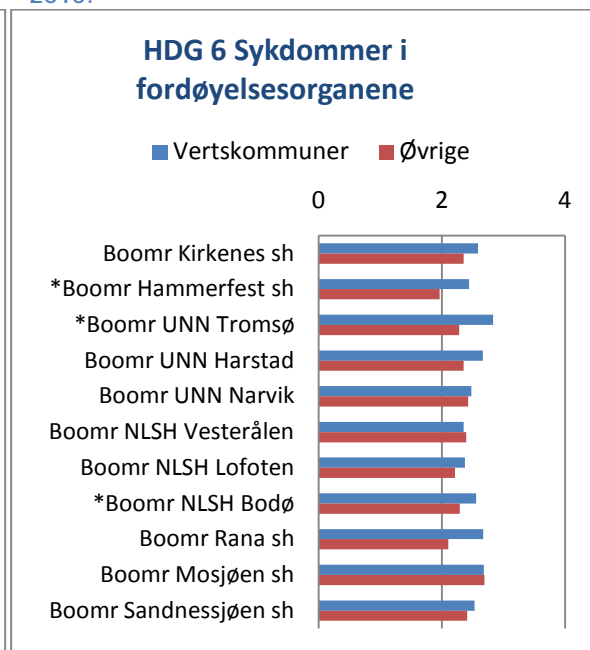


Korrelasjon: 0,53

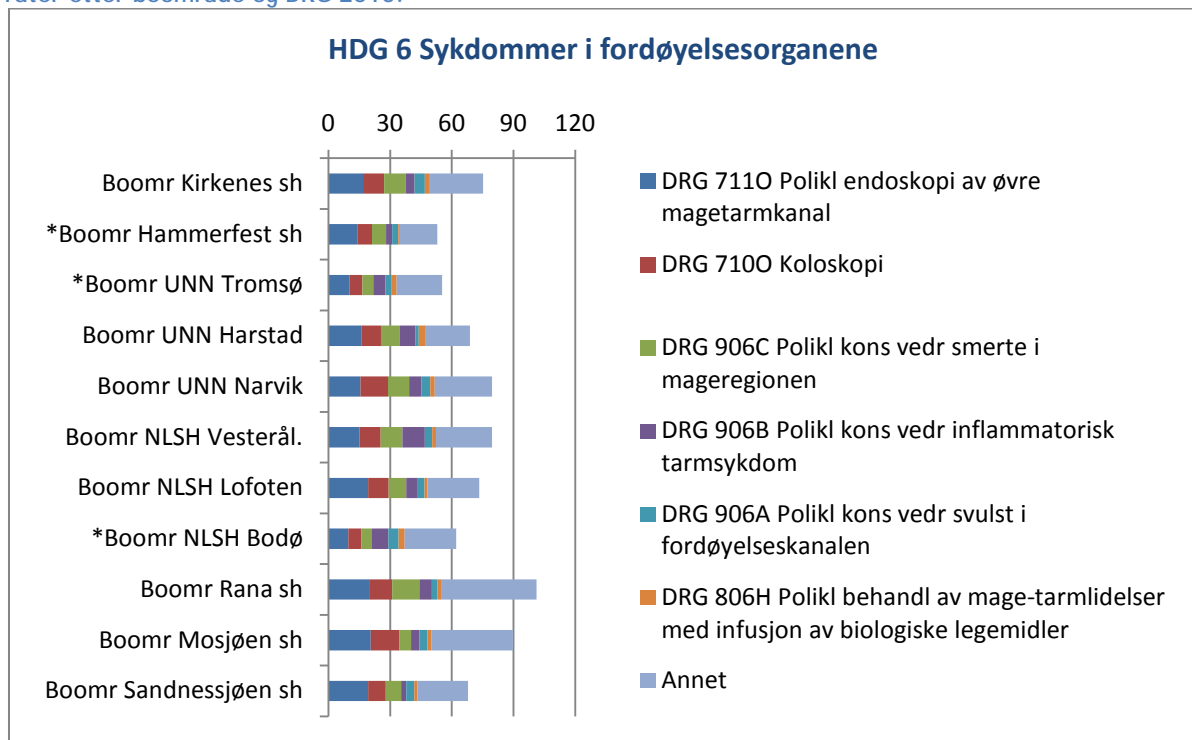
Figur 87 HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



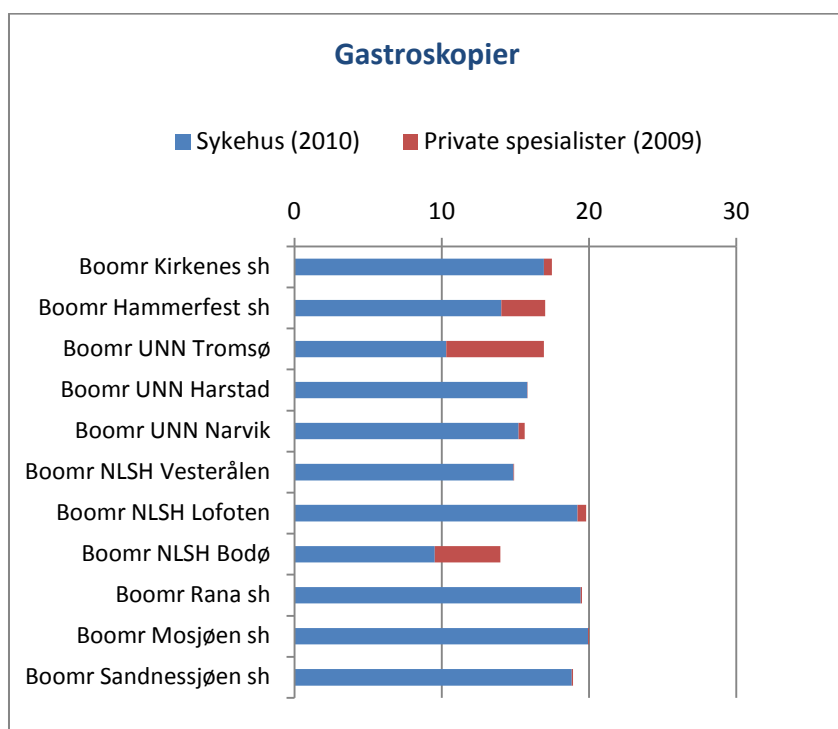
Figur 88 HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 89 HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010.

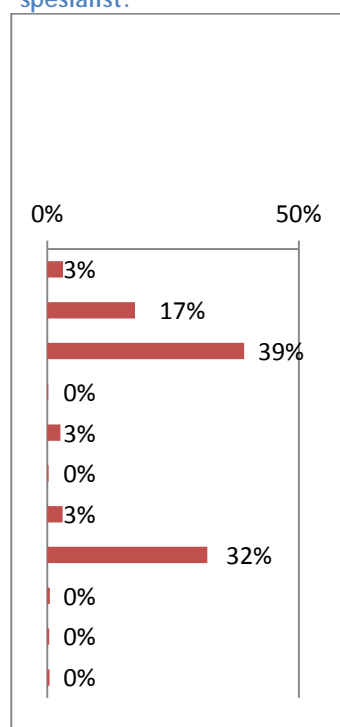


Figur 90 Gastroskopier etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

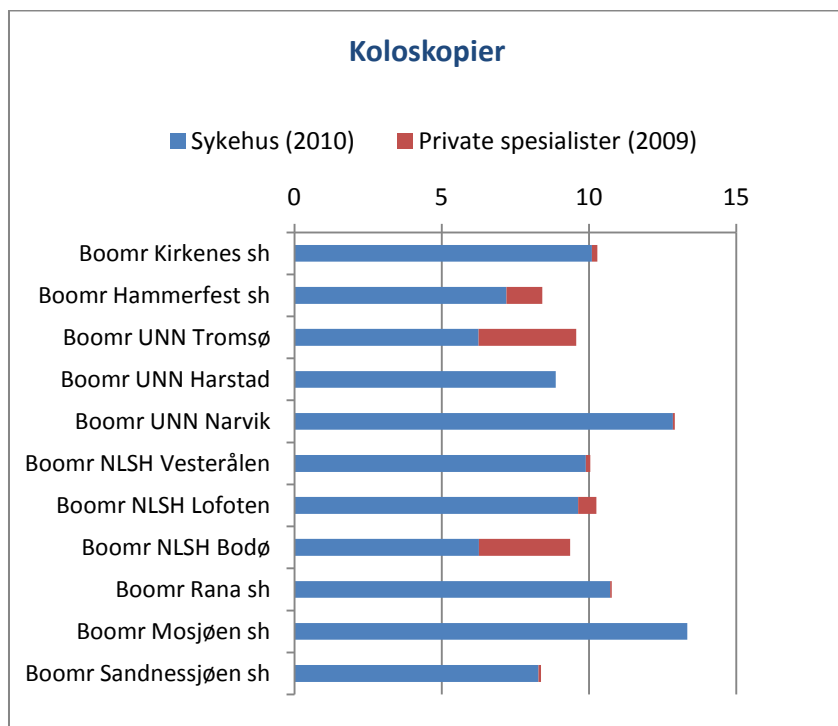


N=8027 (min 352, max 2055)

Figur 91 Gastroskopier. Andel behandlet hos privat spesialist.

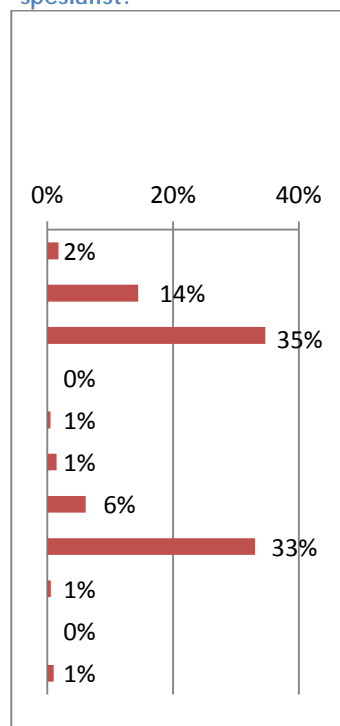


Figur 92 Koloskopier etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

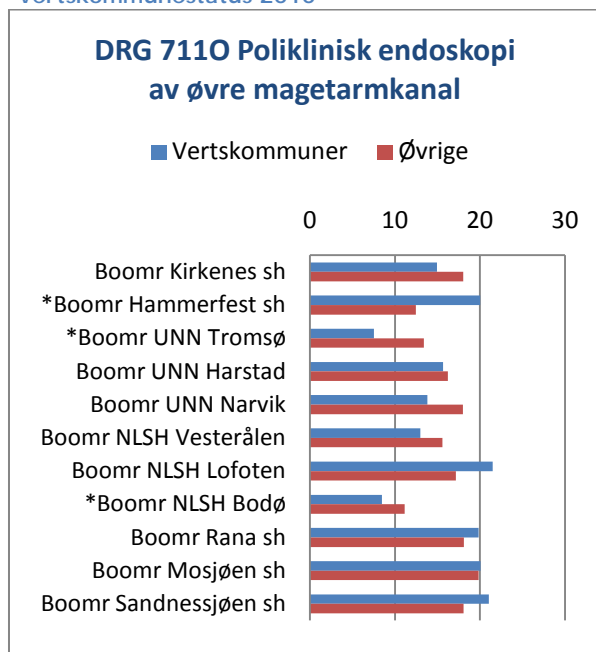


N=4775 (min 237, max 1159)

Figur 93 Koloskopier. Andel behandlet hos privat spesialist.

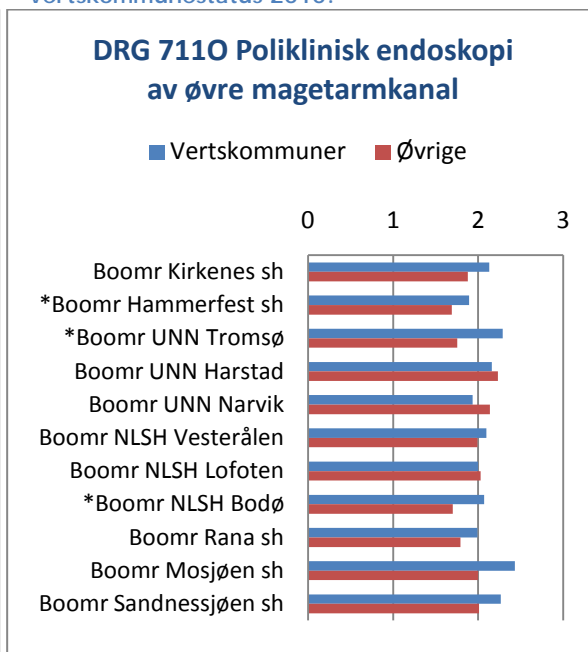


Figur 94 DRG 7110 Poliklinisk endoskopi av øvre magetarmkanal på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010



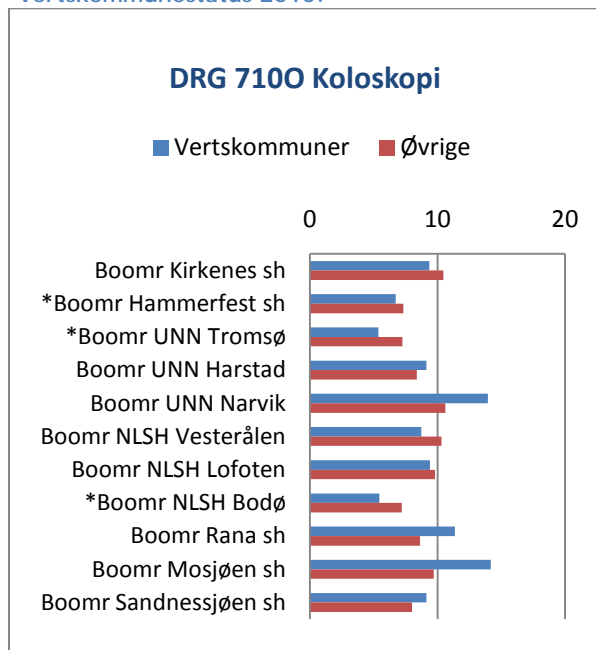
N=6673 (min 351, max 1253)

Figur 95 DRG 7110 Poliklinisk endoskopi av øvre magetarmkanal på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



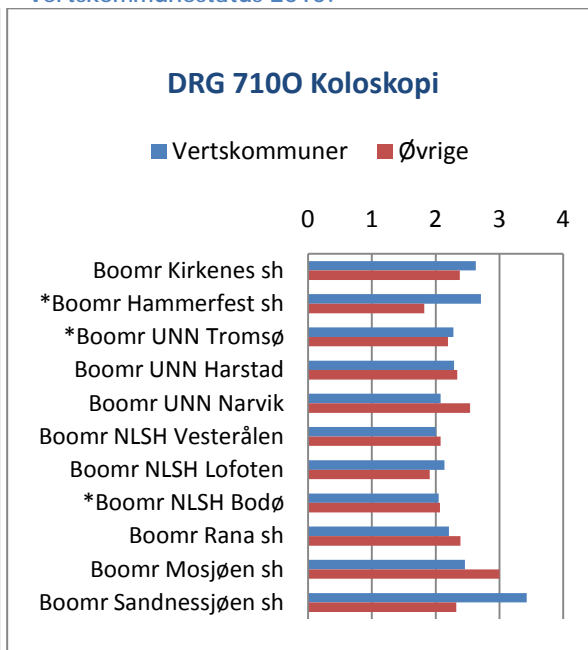
Korrelasjon: 0,56

Figur 96 DRG 7100 Koloskopi på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



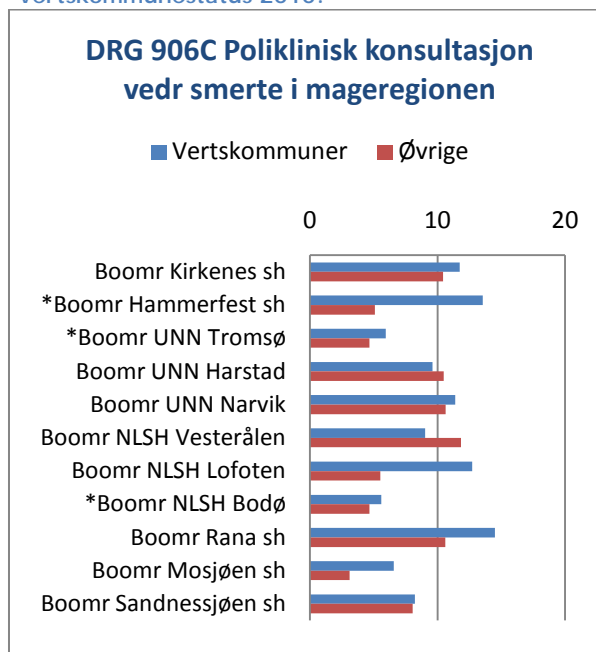
N=4032 (min 229, max 760)

Figur 97 DRG 7100 Koloskopi på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,35

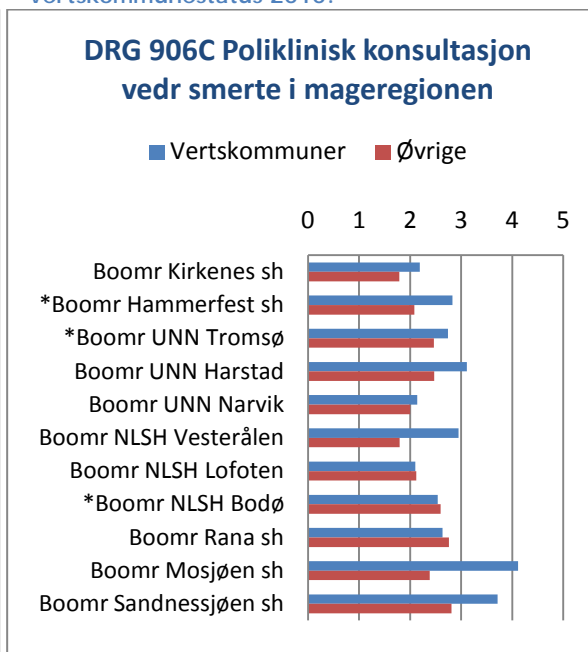
Figur 98 DRG 906C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr smerte i mageregionen. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=3591 (min 97, max 656)

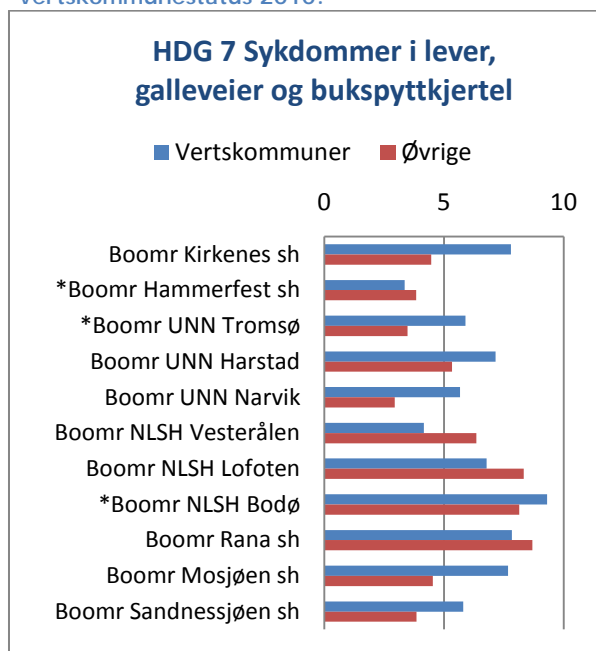
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 99 DRG 906C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr smerte i mageregionen. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: -0,06

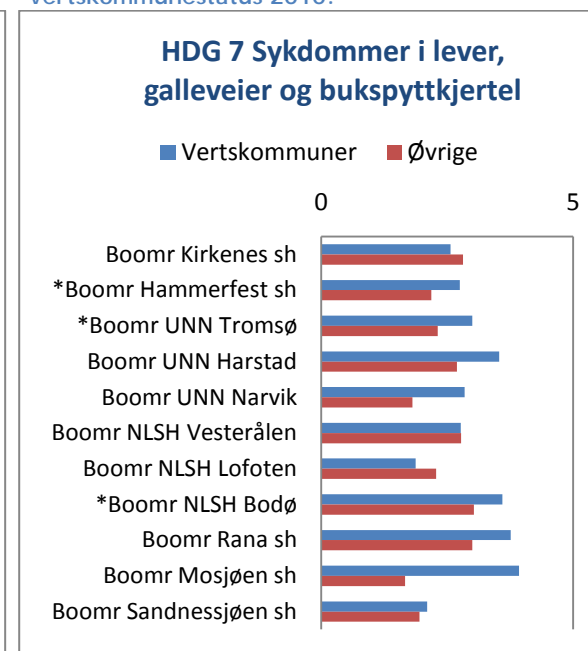
Figur 100 HDG 7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=2875 (min 118, max 724)

\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 101 HDG 7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,65



## Hjerte- og karsykdommer

Sykdommer i sirkulasjonsorganene stod for 7 % av polikliniske konsultasjoner på sykehus for bosatte i Helse Nord i 2010. Fysiologiske hjerteundersøkelser<sup>20</sup> står for mer enn halvparten av sykehuskonsultasjonene i dette kapitlet. Andre store undergrupper på sykehus er konsultasjoner vedrørende andre kretsløpsykdommer (14%), sykdom i perifere blodkar (8%), atrieflimmer og andre rytmeforstyrrelser (6%), hypertensjon (5%) og angina pectoris (4%).

Private avtalespesialister innen dette fagområdet fordeler seg slik: Karasjok har en 100 % hjemmel i indremedisin og hjertesykdommer og en 20% kombinert hjemmel i indremedisin, hjertesykdommer og fordøyelsessykdommer. Harstad og Bodø har begge en 100 % hjemmel i indremedisin og hjertesykdommer. Tromsø har en 100% hjemmel i indremedisin og lungesykdommer og to 20% hjemler i indremedisin og fordøyelsessykdommer. For bosatte i disse boområdene gir ikke de gjengitte forbrukstallene for sykehuskonsultasjoner uttrykk for det reelle forbruket.

### Leserveiledning / Forklaring til figurene

Figur 102 og Figur 103 viser absolutt (Figur 102) og relativ (Figur 103) fordeling av konsultasjoner innen ICD-10 kapitlet "Sykdommer i sirkulasjonssystemet" mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 104-Figur 108 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner på sykehus for HDG 5 "Sykdommer i sirkulasjonsorganene" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i nord. ICD-10 kapitlet "Sykdommer i sirkulasjonssystemet" (N=28 557) har en litt snevrere definisjon enn HDG 5 "Sykdommer i sirkulasjonsorganene" (N=31 868). Tallene for ICD-10 kapitlet er dermed ikke direkte sammenlignbare med den aktuelle HDGen, men er likevel inkludert for å gi en indikasjon på omfanget av konsultasjoner vedrørende sirkulasjonssykdommer hos private spesialister i de ulike boområdene.

Figur 104 viser konfidensintervall<sup>21</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater på sykehus, mens Figur 105 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient. Under Figur 104 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. De boområdene som har tilgang på privat spesialist innen dette fagområdet er merket med en stjerne (\*). Figur 106 og Figur 107 viser hhv forskjell i forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene. I Figur 108 vises forbruksrater på sykehus fordelt på de største DRGene.

Hjertefunksjonsundersøkelser (EKG) er den største enkeltgruppen. Hjertefunksjonsundersøkelser utført av private spesialister lar seg identifisere gjennom takster<sup>22</sup>, og sammenlignes med konsultasjoner i DRG 805S (Fysiologisk hjerteundersøkelse) for å få et samlet bilde av denne aktiviteten. Figur 109 viser forbruksrater for hjerteundersøkelser fordelt etter behandlende enhet (sykehus eller privat spesialist), mens Figur 110 viser andel behandlet hos privat spesialist. I Figur 111 og Figur 112 vises forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient for hjerteundersøkelser fordelt på vertskommune og andre kommuner.

Videre i Figur 113-Figur 120 brytes aktivitetstall for sykehusene ned på andre volummessig store DRGer, og for hver av disse presenteres forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient fordelt på vertskommune og andre kommuner.

Oppgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient i de ulike boområdene. En høy koeffisient (verdi nær 1)

<sup>20</sup> Herunder transtorakal ekkokardiografi (36 %), arbeids-EKG (30 %) og Holter-EKG (14 %).

<sup>21</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.

<sup>22</sup> Følgende takster er benyttet:

129a (Arbeids-EKG med gradert belastning ved sykkelergometer/tredemølle)  
129c (Ambulant kontinuerlig minimum 24 timers registrering av EKG på opptaksmedium)  
129d (Fullstendig ekkokardiografisk undersøkelse uten dopplerundersøkelse)  
129e (Dopplerundersøkelse med måling av blodstrømhastighet i hjertet og store kar)

indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

### Resultater

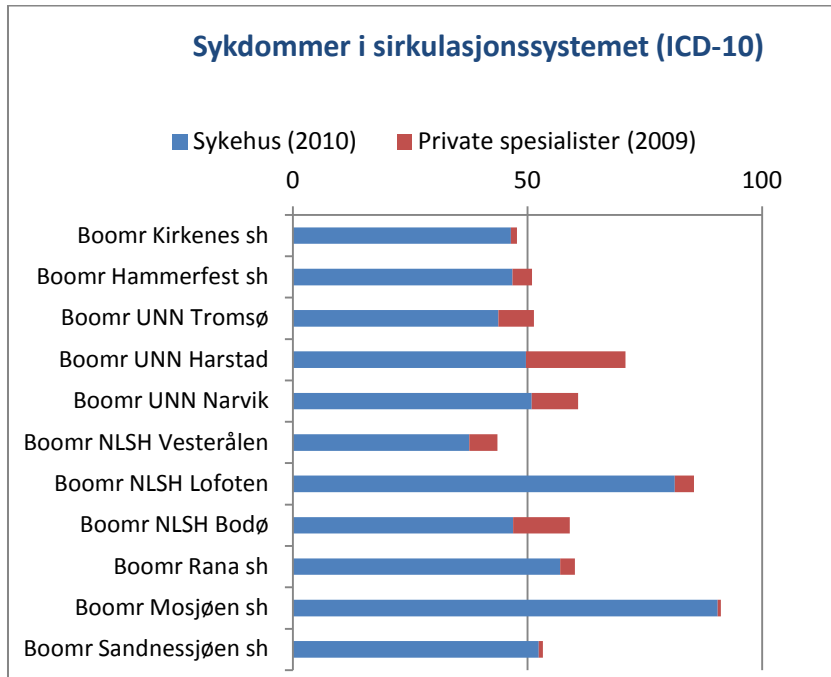
Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og sykdomsområdet defineres i henhold til ICD-10-kodeverket, har boområdet Mosjøen de høyeste forbruksratene for sykdommer i sirkulasjonssystemet i Helse Nord. Forbruksraten for sykdommer i sirkulasjonssystemet er dobbelt så høy som i boområdet Vesterålen.

Ser vi isolert på sykehuskonsultasjoner, og definerer sykdomsområdet i henhold til DRG-klassifikasjonen, finner vi at bosatte i boområdene Sandnessjøen, Mosjøen og Lofoten hadde de høyeste konsultasjonsratene vedrørende sirkulasjonssykdommer. Høye forbruksrater korresponderer med høy konsultasjonsfrekvens ( $r=0.93$ ). Størst kontrast finner vi for behandling av kretsløpssykdommer (Figur 113 og Figur 114). Den store kontrasten her knyttes til en særegen praksis ved sykehuset i Sandnessjøen, der blodprøvetaking (INR) for pasienter med blodfortynnende medisiner er kodet som konsultasjoner for tilsyn med mekanisk hjerteventil (Z952). Fra et omfang på 2 slike konsultasjoner i 2009 har dette økt til 1870 registrerte polikliniske konsultasjoner i 2010, tilsvarende en konsultasjon per uke per pasient. Vi finner også store kontraster for poliklinisk behandling av hypertensjon. Her hadde bosatte i Mosjøen 20 ganger høyere forbruksrate sammenlignet med bosatte i boområdet Kirkenes (Figur 119). Vi ser også at vertskommunene i flere av boområdene har dobbelt så høye forbruksrater for hypertensjon som de omkringliggende kommunene, særlig markert for Vefsn kommune. Antall konsultasjoner per pasient for DRG 905A (Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr atrieflimmer og andre rytme- eller ledningsforstyrrelser) er påfallende høyt for bosatte i Rana. Ulik kodepraksis må derfor vurderes sammen med forbrukspraksis.

For fysiologiske hjerteundersøkelser (Figur 111 og Figur 112) finner vi en markert vertskommuneeffekt, sterkest i boområdet Lofoten (som også samlet sett har høyest forbruksrate). Her er forbruksraten i vertskommunen mer enn 40 % høyere enn i omkringliggende kommuner. Det er også en tendens til at bosatte i vertskommuner i alle boområder har flere fysiologiske hjerteundersøkelser per pasient enn andre.

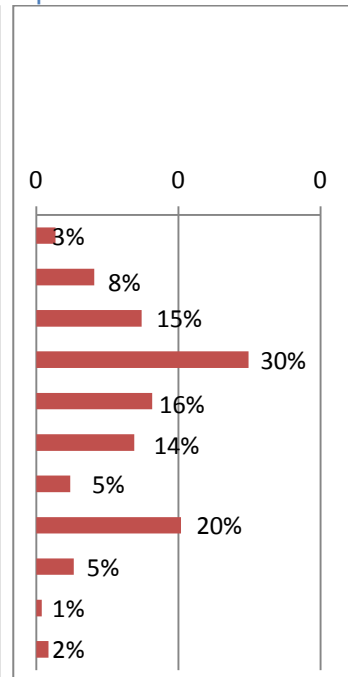
Nordlandssykehuset Lofoten har flest fristbrudd på fagområdet hjertesykdommer, til tross for relativt høye forbruksrater i boområdet, jfr. Tabell 17, side 124.

Figur 102 Sykdommer i sirkulasjonssystemet (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

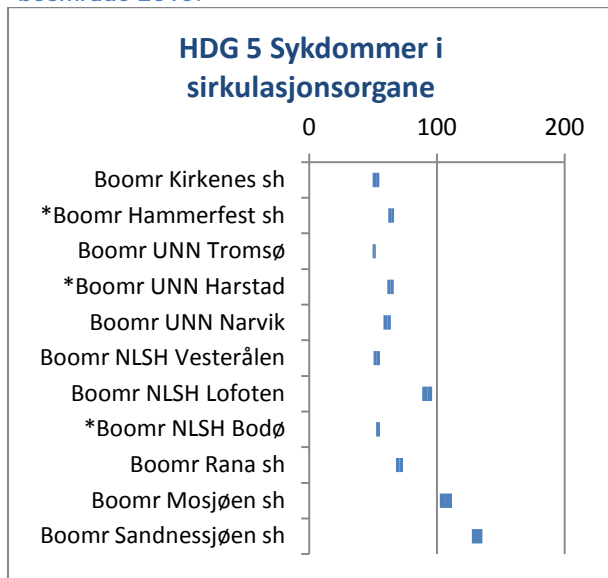


N=28557 (min 1325, max 6202)

Figur 103 Sykdommer i sirkulasjonssystemet. Andel behandlet hos privat spesialist.

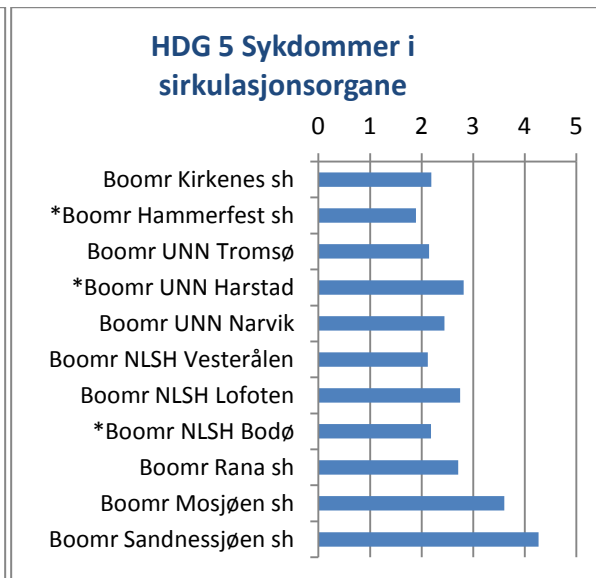


Figur 104 HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



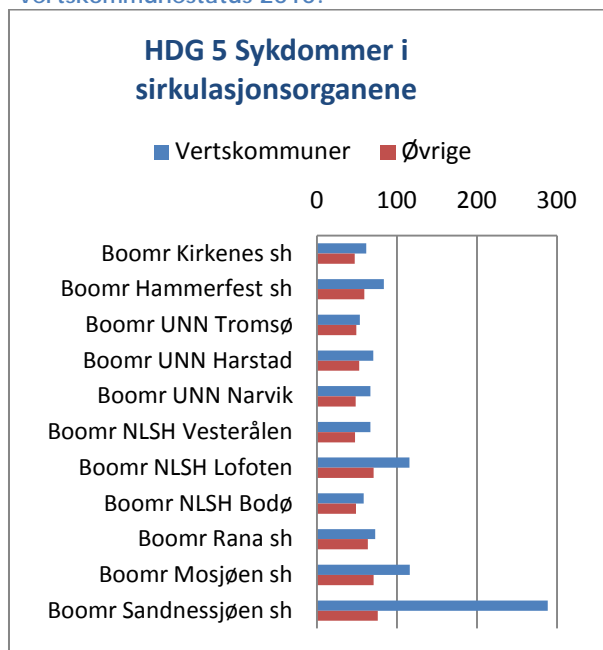
N=31868 (min 1436, max 6173)

Figur 105 HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.

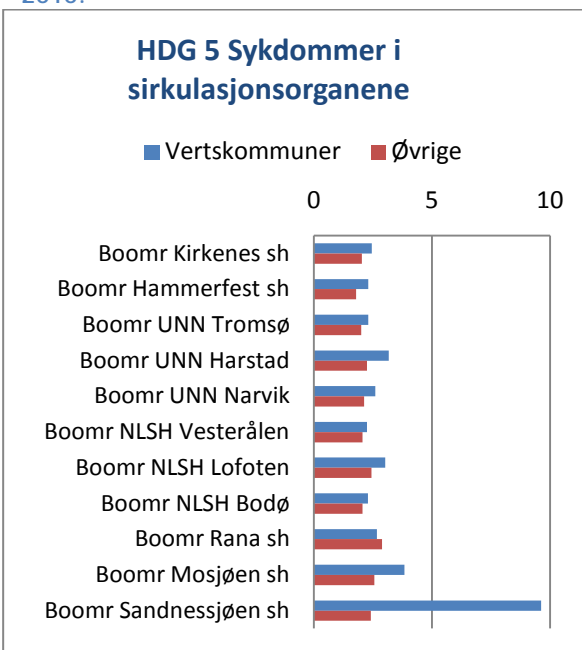


Korrelasjon: 0,93

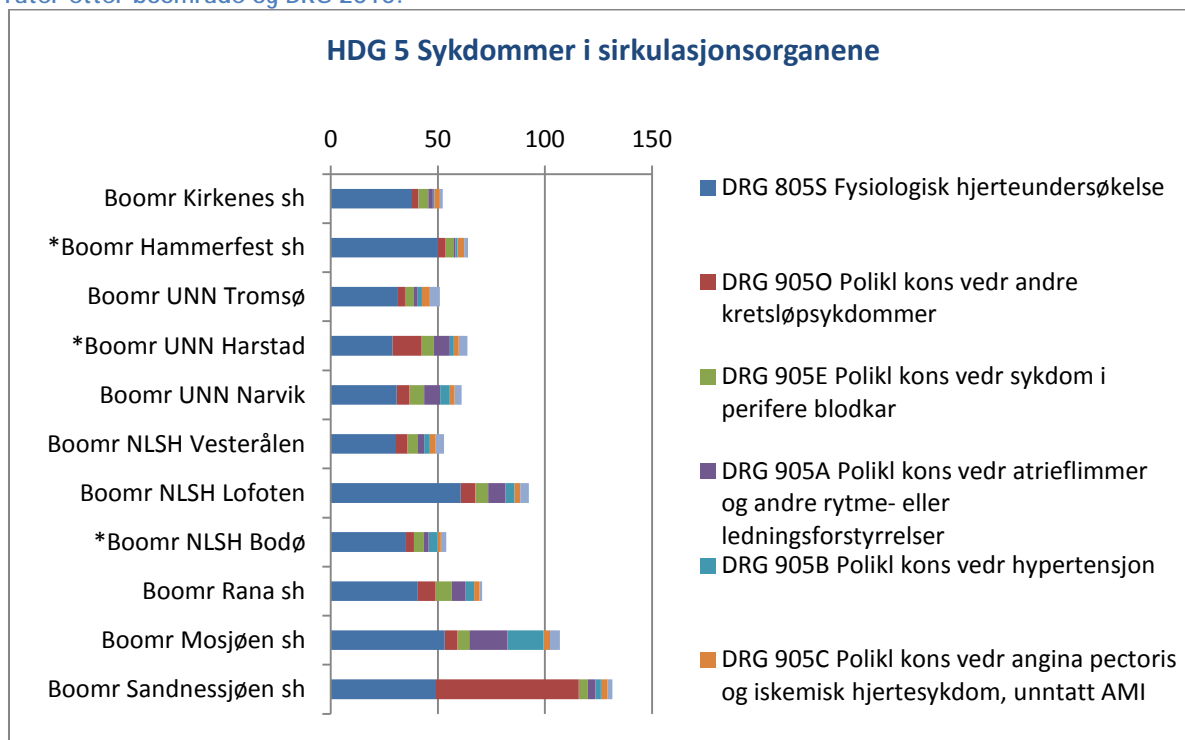
Figur 106 HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



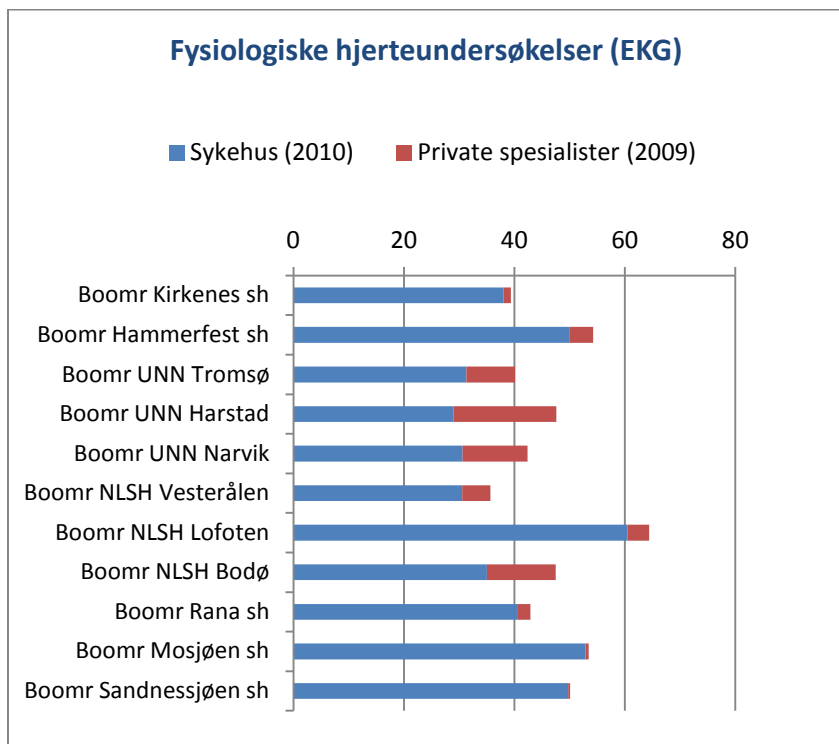
Figur 107 HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 108 HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010.

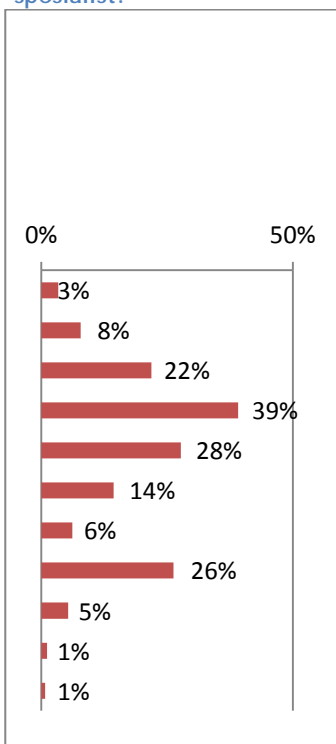


Figur 109 Fysiologiske hjerteundersøkelser (EKG) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

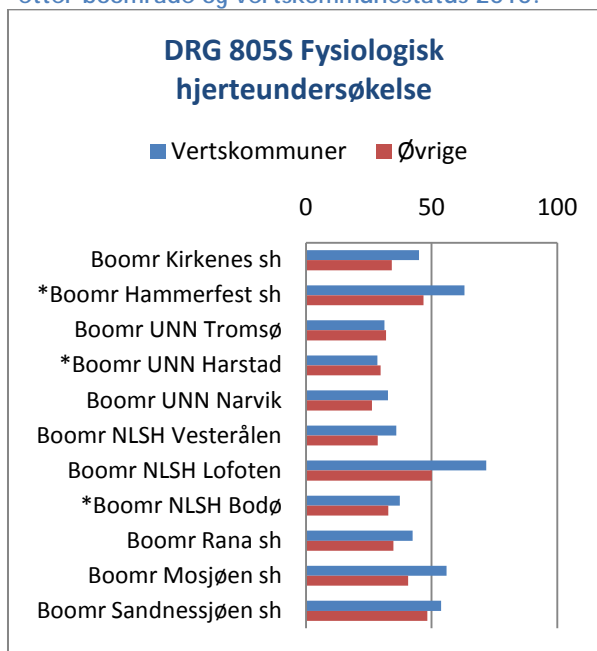


N=22285 (min 984, max 4849)

Figur 110 Fysiologiske hjerteundersøkelser (EKG). Andel behandlet hos privat spesialist.

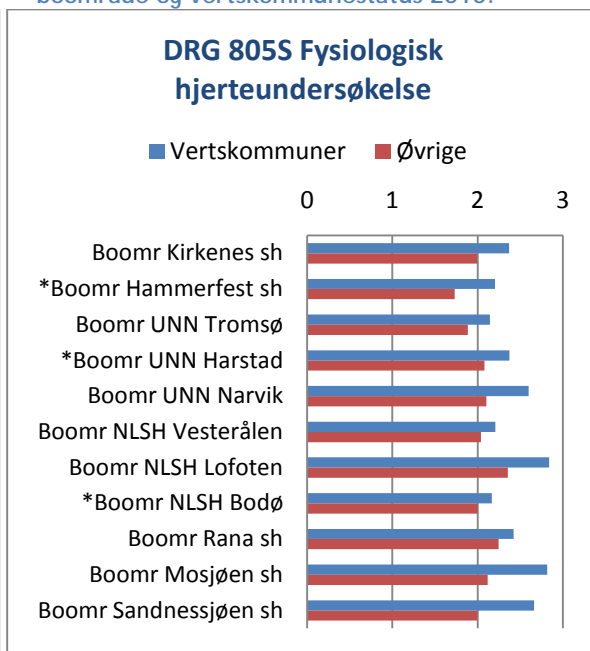


Figur 111 DRG 805S Fysiologisk hjerteundersøkelse på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



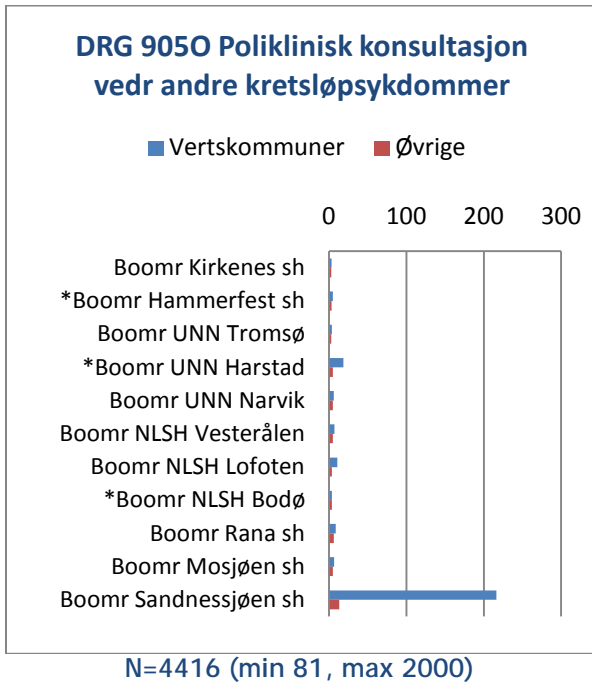
N=18519 (min 919, max 3794)

Figur 112 DRG 805S Fysiologisk hjerteundersøkelse på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.

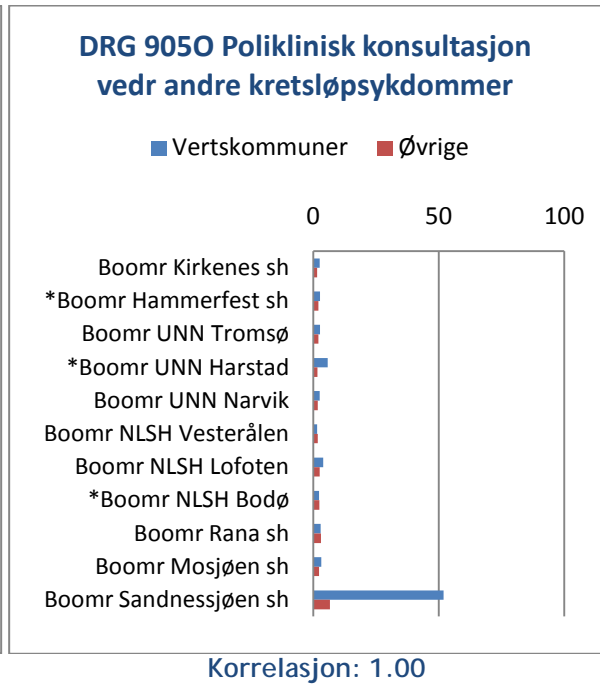


Korrelasjon: 0,38

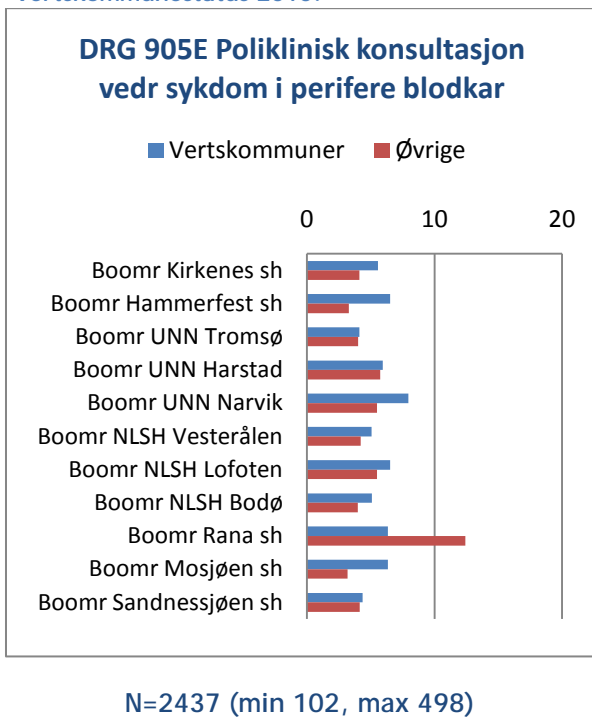
Figur 113 DRG 905O Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr andre kretsløpssykdommer. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



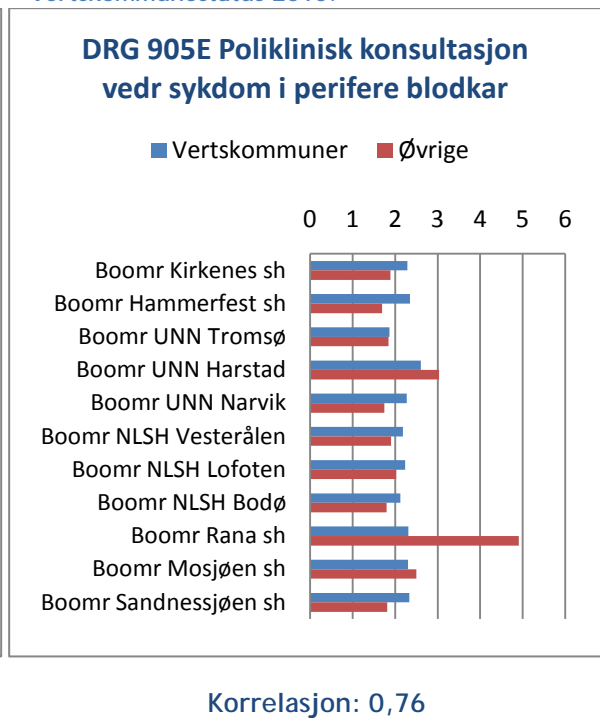
Figur 114 DRG 905O Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr andre kretsløpssykdommer. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



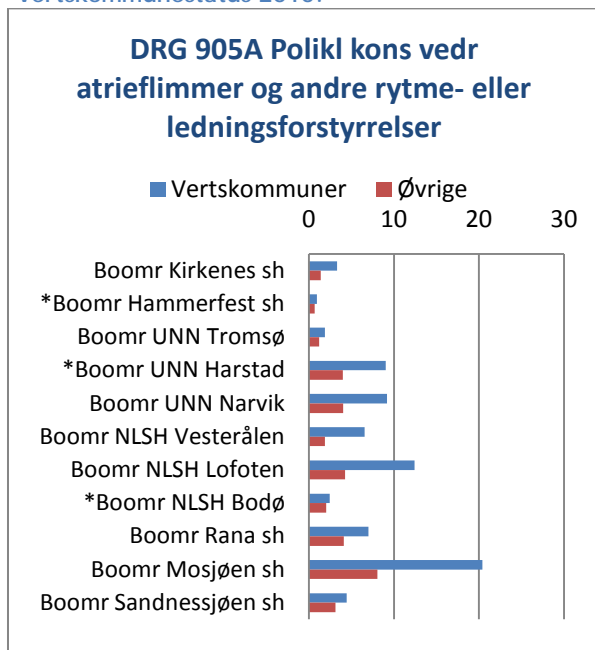
Figur 115 DRG 905E Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr sykdom i perifere blodkar. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 116 DRG 905E Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr sykdom i perifere blodkar. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.

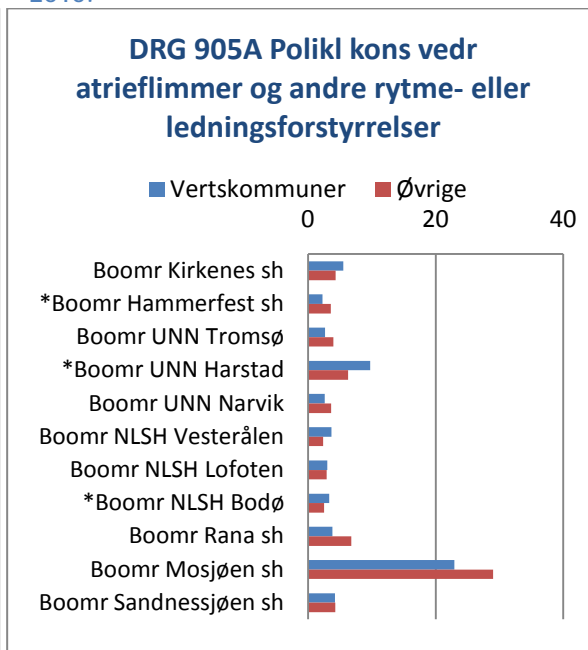


Figur 117 DRG 905A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr atrieflimmer og andre rytme- eller ledningsforstyrrelser. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



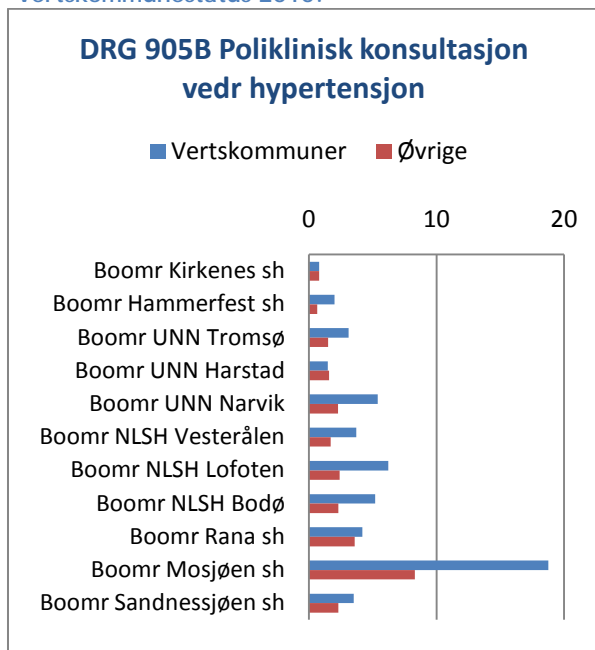
N=1943 (min 34, max 327)

Figur 118 DRG 905A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr atrieflimmer og andre rytme- eller ledningsforstyrrelser. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,79

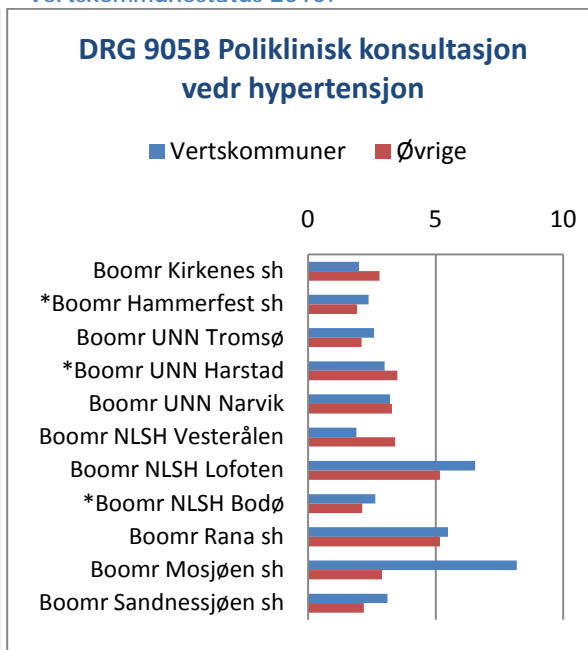
Figur 119 DRG 905B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr hypertensjon. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=1575 (min 22, max 331)

\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 120 DRG 905B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr hypertensjon. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,60



## Nevrologiske sykdommer

Polikliniske konsultasjoner for nevrologiske sykdommer utgjorde 6.5 % av polikliniske konsultasjoner på sykehus for bosatte i Helse Nord i 2010. Dette er et av fagområdene som viser minst variasjon mellom boområder. Trolig skyldes dette at behandlingstilbudet i stor grad er sentralisert til UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø, samt at dette er et område uten innslag av private avtalespesialister i boområdene til Helse Nord.

Smerterelaterte tilstander (21%), multipel sklerose (MS) og andre degenerative lidelser (11%), sykdom i perifere nerver (9%), epilepsi og andre krampetilstander (8%), samt nevropsykologiske undersøkelser (7%) utgjør de største undergruppene.

### Leserveiledning / Forklaring til figurene

Figur 121 og Figur 122 viser absolutt (Figur 102) og relativ (Figur 122) fordeling av konsultasjoner innen ICD-10 kapitlet "Sykdommer i nervesystemet" mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 123-

Figur 127 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner *på sykehus* for HDG 1 "Sykdommer i nervesystemet" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i nord. ICD-10 kapitlet "Sykdommer i nervesystemet" (N=16 331) har en snevrere definisjon enn HDG 1 "Sykdommer i nervesystemet" (N=30 307). Tallene for ICD-10 kapitlet er dermed ikke direkte sammenlignbare med den aktuelle HDGen, men er likevel inkludert for å gi en indikasjon på omfanget av konsultasjoner vedrørende nevrologiske sykdommer hos private spesialister i de ulike boområdene.

Figur 123 viser konfidensintervall<sup>23</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater på sykehus, mens Figur 124 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient. Under Figur 123 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. Figur 125 og Figur 126 viser hhv forskjell i forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene, og

Figur 127 vises forbruksrater på sykehus fordelt på de største DRGene. I Figur 128-Figur 137 brytes aktivitetstall for sykehusene ned på de volummessig største DRGene, og for hver av disse presenteres forbruksrater og antall konsultasjoner per pasient fordelt på vertskommune og andre kommuner.

Oppgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient i de ulike boområdene. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

### Resultater

Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og sykdomsområdet defineres i henhold til ICD-10-kodeverket, har boområdet Mosjøen de høyeste forbruksratene for sykdommer i nervesystemet i Helse Nord. Forbruksraten ligger vel 70 % over forbruksraten i boområdet Sandnessjøen.

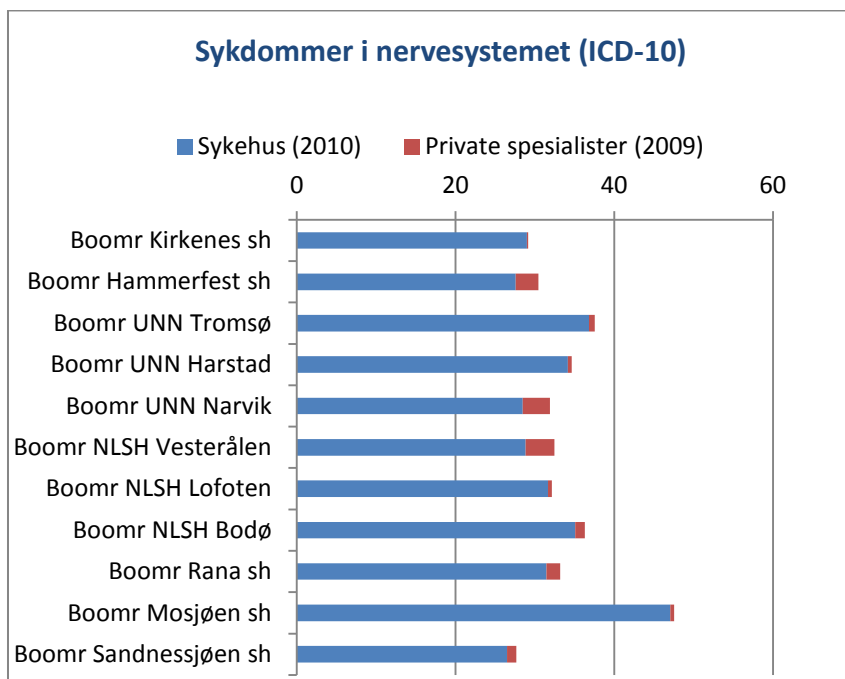
Ser vi på sykehuskonsultasjoner isolert, og definerer sykdomsområdet i henhold til DRG-klassifikasjonen, reduseres forskjellene, men bosatte i opptaksområdet til Mosjøen sykehus har fortsatt de høyeste forbruksratene (30 % over forbruket i boområdet Hammerfest). Til tross for dette finner vi for nevrologiske pasienter også den høyeste andelen fristbrudd og lengst ventetider for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp ved Helgelandssykehuset Mosjøen, jfr. Tabell 18, side 125.

Størst kontraster i forbruket finner vi for smerterelaterte tilstander (Figur 128 og Figur 129), der bosatte i boområdet Vesterålen har mer enn 60 % høyere rater enn bosatte i boområdet Hammerfest (utgjør vel 7 konsultasjoner mer per 1000 innbygger). For smerterelaterte tilstander har bosatte i Tromsø kommune markert flere konsultasjoner per pasient, noe som skyldes at bosatte i

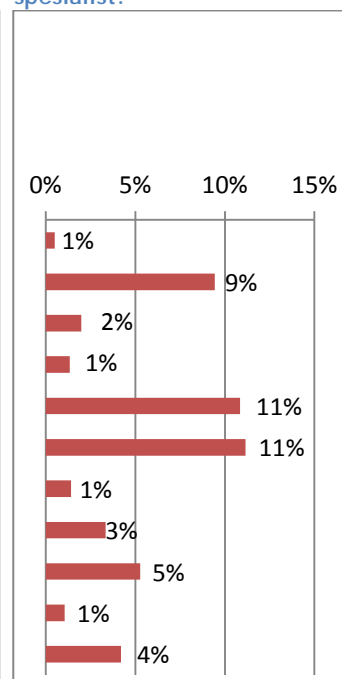
<sup>23</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.

vertskommunen i sterkere grad enn andre benytter tilbud i form av smerteskole/smertepoliklinikk. Sterkest vertskommuneeffekt finner vi for Tromsø, Sør-Varanger og Hammerfest.

Figur 121 Sykdommer i nervesystemet (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

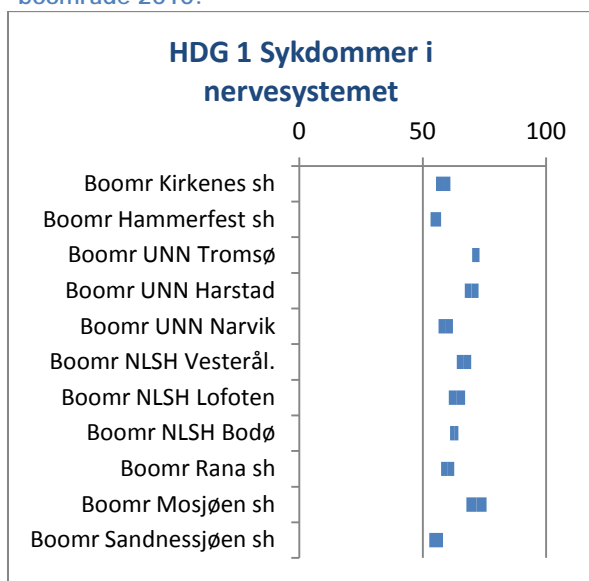


Figur 122 Sykd i nervesystemet. Andel behandlet hos privat spesialist.



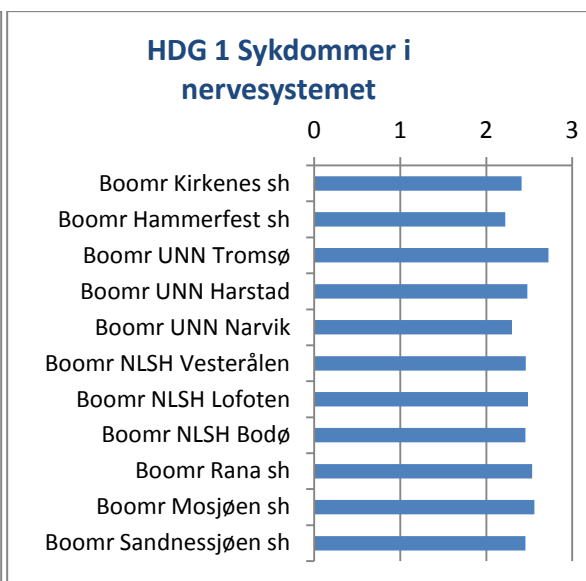
N=16331 (min 743, max 4567)

Figur 123 HDG 1 Sykdommer i nervesystemet behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



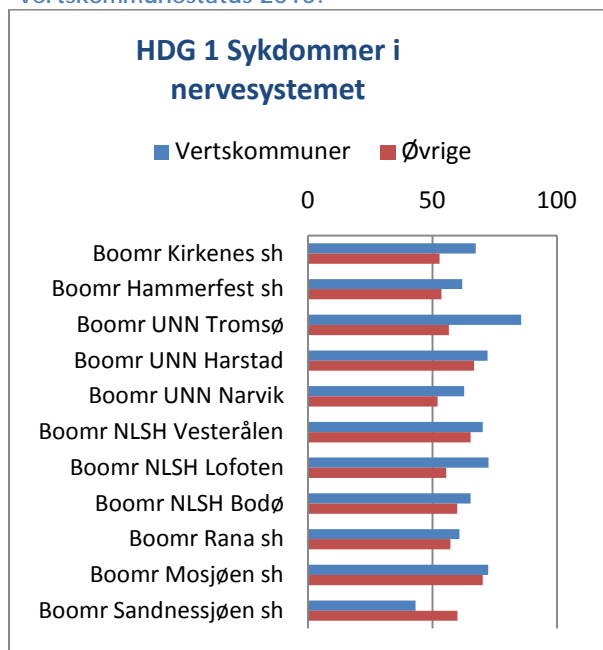
N=30307 (min 1190, max 8702)

Figur 124 HDG 1 Sykdommer i nervesystemet behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.

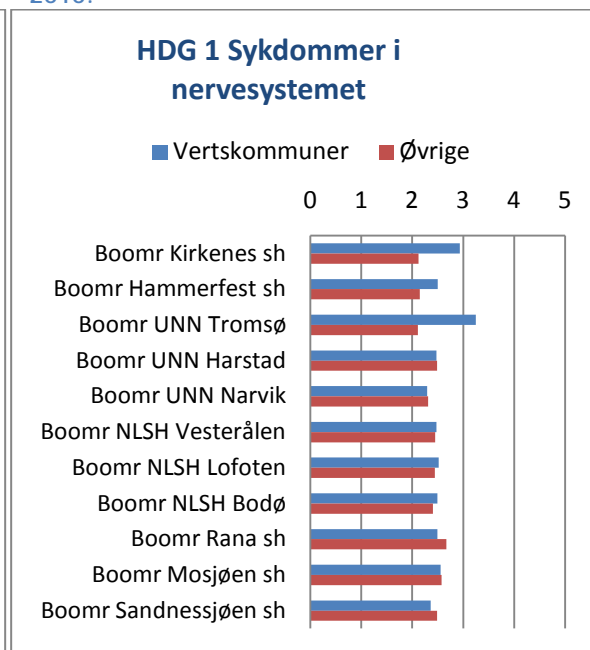


Korrelasjon: 0,72

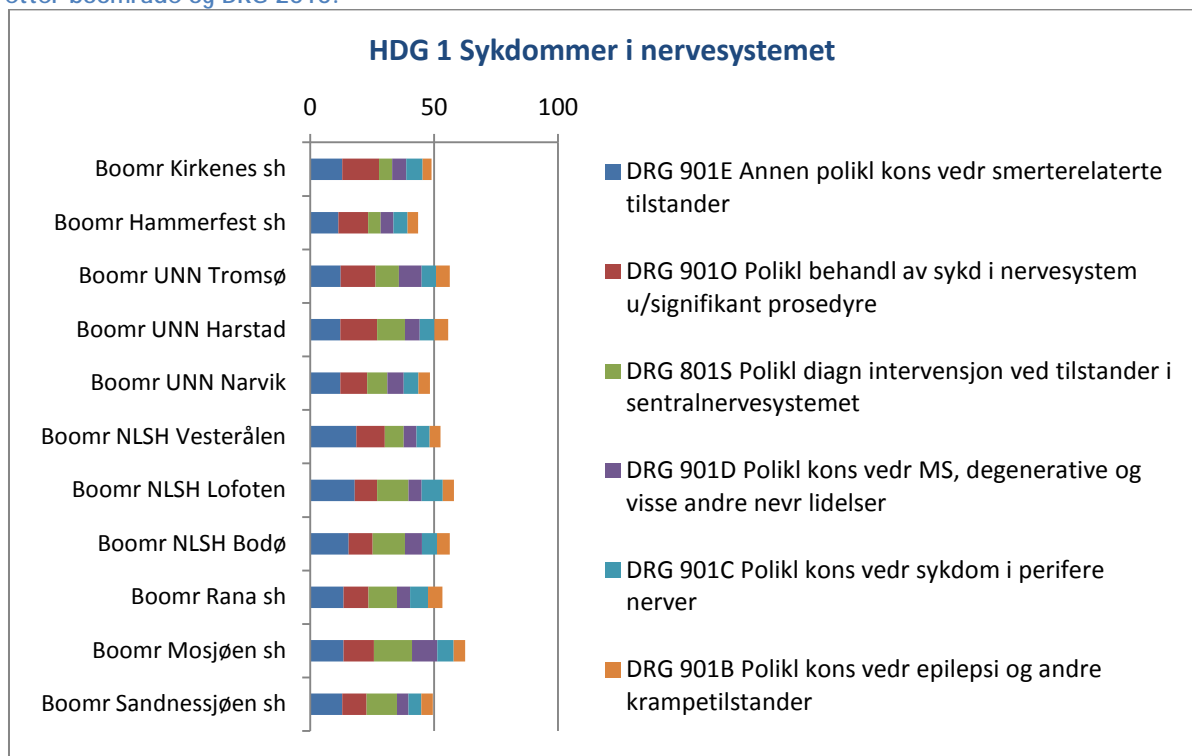
Figur 125 HDG 1 Sykdommer i nervesystemet behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



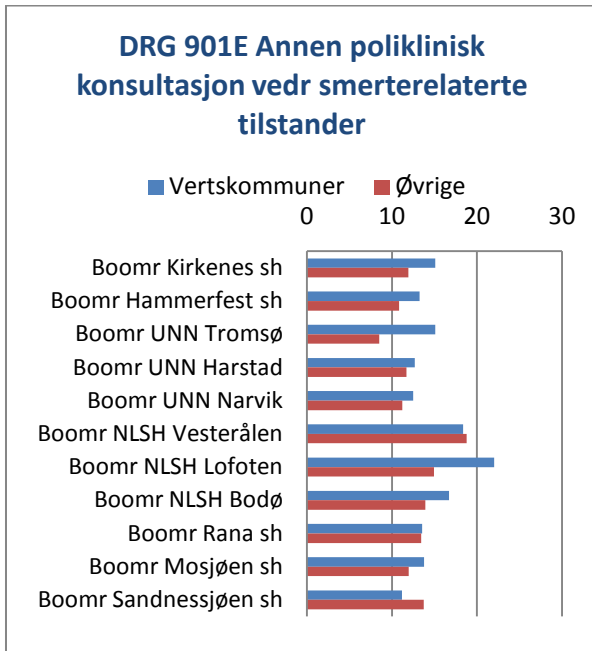
Figur 126 HDG 1 Sykdommer i nervesystemet behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 127 HDG 1 Sykdommer i nervesystemet behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010.

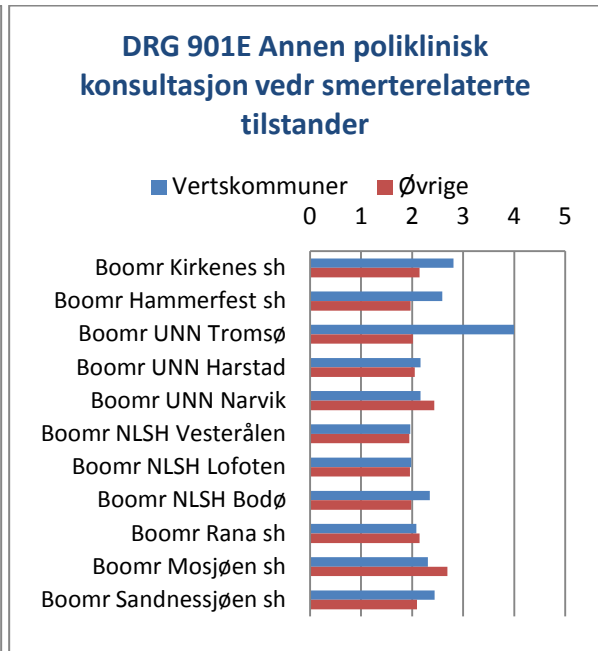


Figur 128 DRG 901E Annen poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr smerterelaterte tilstander. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



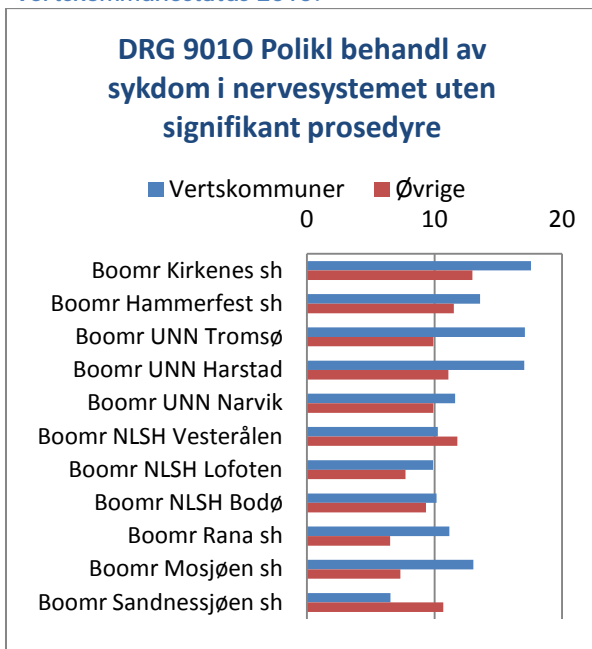
N=6395 (min 222, max 1494)

Figur 129 DRG 901E Annen poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr smerterelaterte tilstander. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



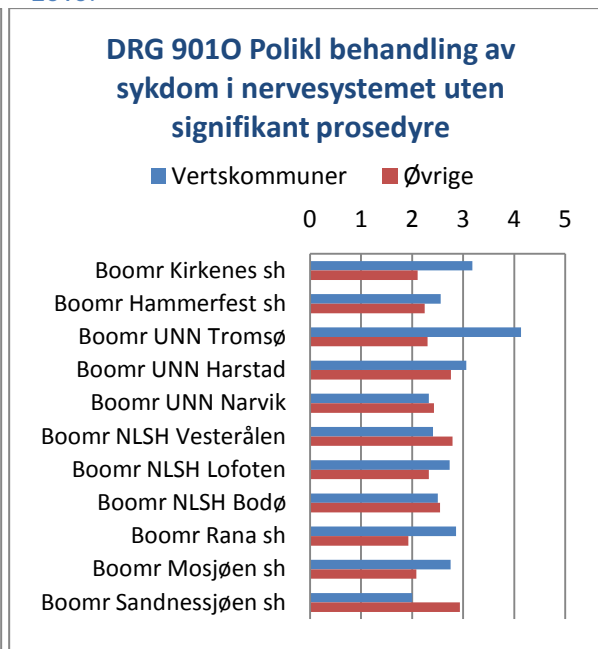
Korrelasjon: -0,46

Figur 130 DRG 901O Poliklinisk behandling på sykehus av sykdommer i nervesystemet uten signifikant prosedyre. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



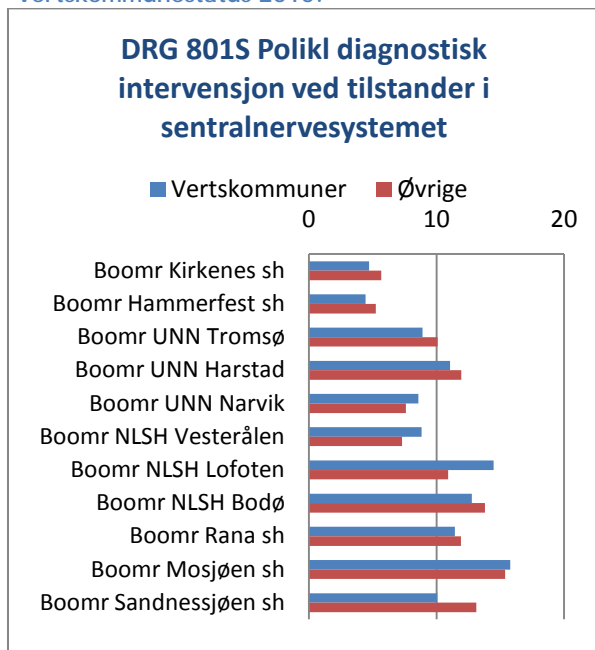
N=5656 (min 204, max 1708)

Figur 131 DRG 901O Poliklinisk behandling på sykehus av sykdommer i nervesystemet uten signifikant prosedyre. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



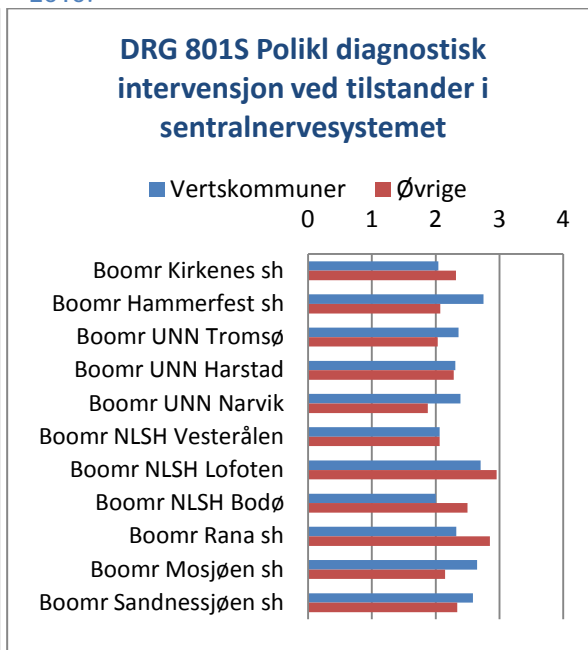
Korrelasjon: 0,45

Figur 132 DRG 801S Poliklinisk diagnostisk intervensjon på sykehus ved tilstander i sentralnervesystemet. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



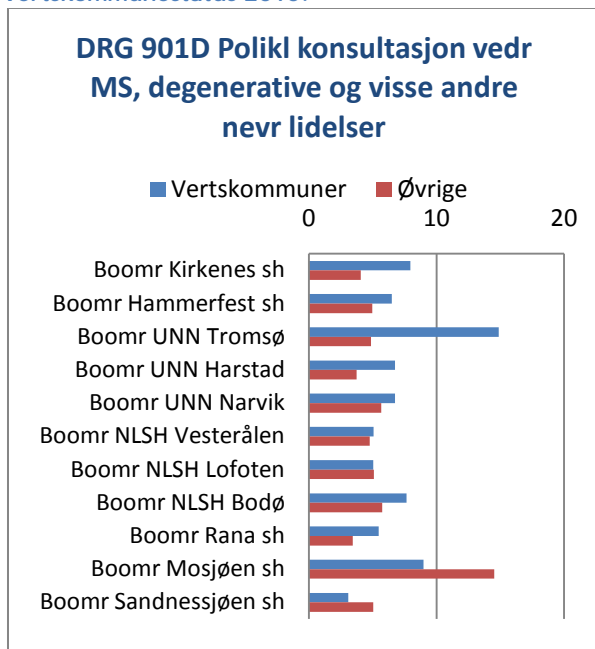
N=4723 (min 142, max 1148)

Figur 133 DRG 801S Poliklinisk diagnostisk intervensjon på sykehus ved tilstander i sentralnervesystemet. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



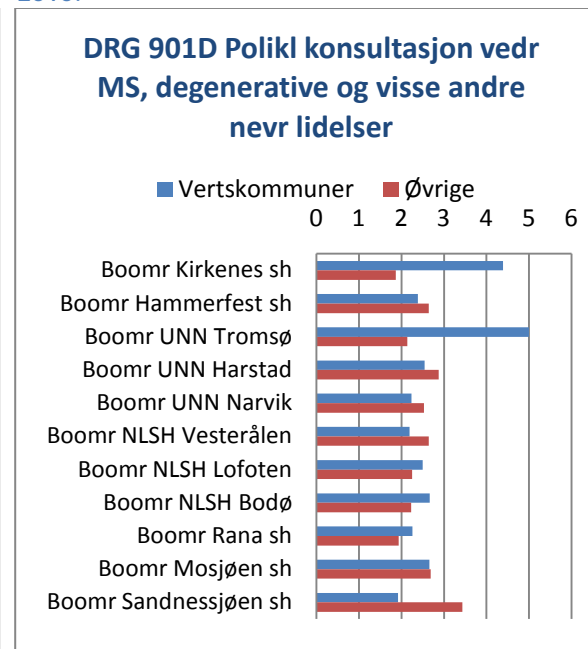
Korrelasjon: 0,64

Figur 134 DRG 901D Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr MS, degenerative og visse andre neurologiske lidelser. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



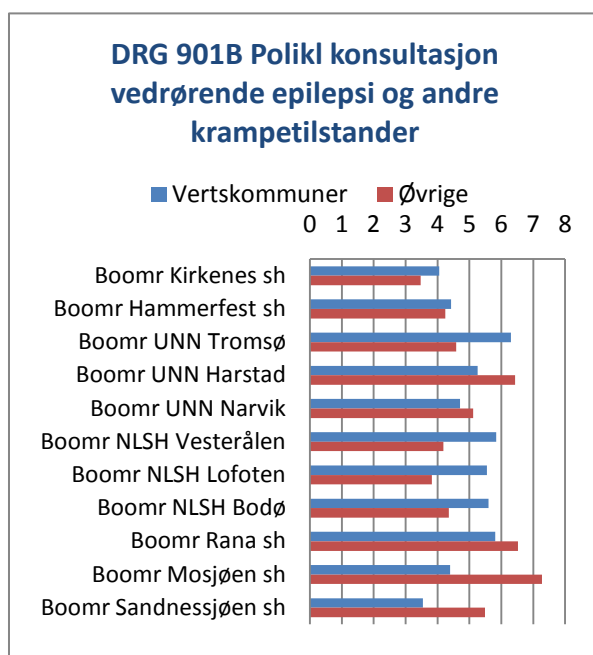
N=3229 (min 123, max 1125)

Figur 135 DRG 901D Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr MS, degenerative og visse andre neurologiske lidelser. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



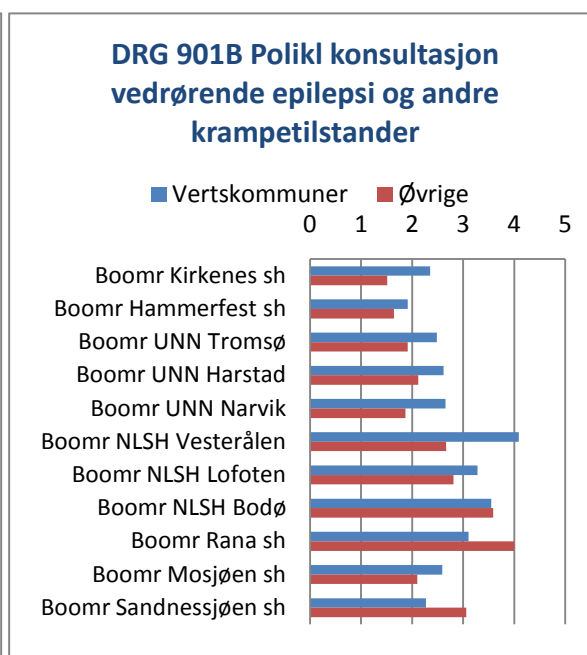
Korrelasjon: 0,52

Figur 136 DRG 901B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende epilepsi og andre krampetilstander. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=2356 (min 78, max 680)

Figur 137 DRG 901B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende epilepsi og andre krampetilstander. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,50

## Svangerskap, fødselsomsorg og kvinnesykdommer

Nesten hver tiende polikliniske konsultasjon på sykehus skjer i forbindelse med svangerskap/fødsel og kvinnesykdommer. Disse er fordelt med 4.5% for svangerskapsrelaterte tilstander (HDG 14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid) og 4 % for HDG 13 (Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer).

For HDG 14 utgjør obstetriske diagnostiske tiltak (inkludert screening) og øvrige svangerskapskontroller nesten 80 % av konsultasjonene. Ulik kodepraksis mellom sykehusene med hensyn til bruk av diagnosekodene Z34 (Kontroll av normalt svangerskap) og Z36 (Målrettet undersøkelse i svangerskapet) gjør at konsultasjoner for bosatte i ulike boområder havner i ulike DRGer. Konsultasjonene er derfor fordelt etter de vanligste hoveddiagnosene, og ikke etter DRG. For HDG 13 (Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer) faller 76 % av konsultasjonene i en typisk sekkepost-DRG<sup>24</sup>. Også for denne HDGen fordeles derfor konsultasjonene etter de vanligste hoveddiagnosene.

Avtalehjemler innen gynekologi finner vi i Bodø (3.25 hjemler), Tromsø (1.55 hjemler) og Alta (1 hjemmel). For bosatte i disse boområdene gir ikke de gjengitte forbruksratene for sykehusbruk uttrykk for det reelle forbruket.

### Leserveiledning / Forklaring til figurene

Ulik kodepraksis med hensyn til bruk av O- eller Z-diagnose gjør at konsultasjoner i ICD-10-kapitlet "Svangerskap, fødsel og barseltid" ikke er sammenlignbart mellom boområder. Konsultasjoner i Z-kapitlet som omhandler svangerskap/barseltid<sup>25</sup> er derfor lagt til ICD-10 kapitlet "Svangerskap, fødsel og barseltid" for å vurdere samlet omfanget av svangerskaps-/barselkonsultasjoner på sykehus og hos private spesialister.

<sup>24</sup> DRG 9130 Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer

<sup>25</sup> Z34 (Kontroll av normalt svangerskap), Z35 (Kontroll av høyrisikosvangerskap), Z36 (Målrettet undersøkelse i svangerskapet), Z39 (Pleie og undersøkelse av mor etter fødsel).

Figur 138 og Figur 139 viser absolutt (Figur 138) og relativ (Figur 139) fordeling av konsultasjoner innen ICD-10 kapitlet "Svangerskap, fødsel og barseltid" inkludert svangerskapskontroller (hoveddiagnose Z34-Z36, samt Z39) mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 140-Figur 144 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner på sykehus for HDG 14 "Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i nord. ICD-10 kapitlet "Svangerskap, fødsel og barseltid" inkludert svangerskapskontroller kodet med Z-diagnose (N=27 162) sammenfaller godt (97 %) med HDG 1 "Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid" (N=25 608), og inkluderes for å gi en indikasjon på omfanget av svangerskapskonsultasjoner hos private spesialister i de ulike boområdene.

Figur 140 viser konfidensintervall<sup>26</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater på sykehus for HDG 14 (Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid), mens Figur 141 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient. Under Figur 140 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. De boområdene som har tilgang på privat spesialist innen dette fagområdet er merket med en stjerne (\*). Figur 142 og Figur 143 viser hhv forskjell i forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene, mens Figur 144 viser forbruksratene fordelt på de vanligste hoveddiagnosene.

Figur 147-Figur 150 viser forbruksrater og antall konsultasjoner per pasient fordelt på vertskommune og andre kommuner når vi skiller mellom svangerskapskonsultasjoner som inkluderer ultralyd av gravid livmor og andre konsultasjoner innen HDG 14 (Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid).

Figur 151-Feil! Fant ikke referanse kilden. viser samme type framstillinger for HDG 13 (Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer) som tidligere omtalt for HDG 14.

Opgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

## Resultater

Boområdet Mosjøen skiller seg fra de øvrige boområdene med markert høyere forbruksrater for konsultasjoner knyttet til sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid. Høye rater henger sammen med høy konsultasjonsfrekvens (korrelasjon 0.96). Mens ultralydkonsultasjoner varierer med en faktor på 1.7, varierer andre typer svangerskapskonsultasjoner med en faktor på 3. Boområdet Bodø har nesten like høy ultralydrate som boområdet Mosjøen (Figur 145) når konsultasjoner hos private spesialister inkluderes.

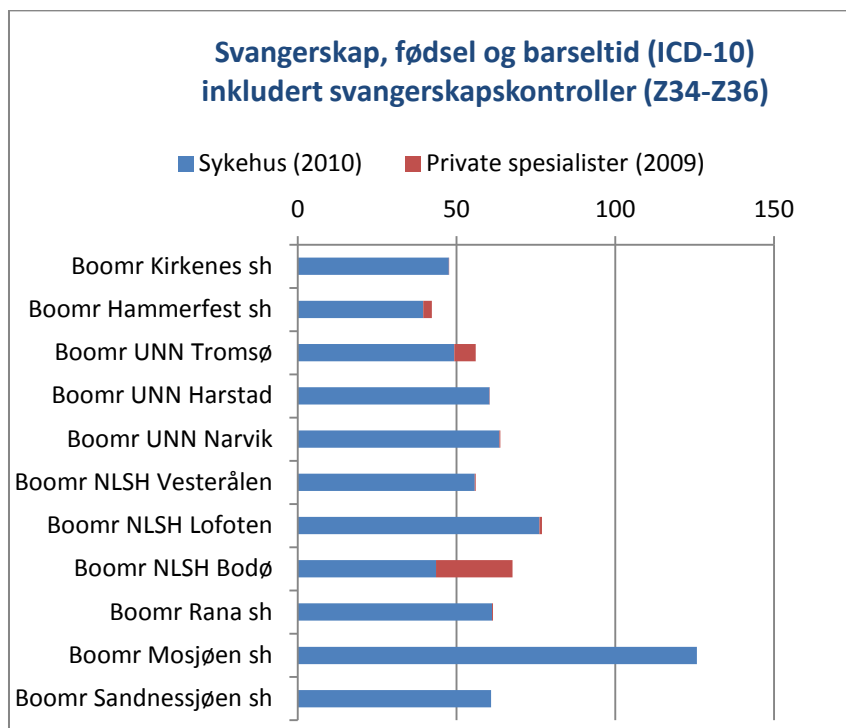
Vi finner en gjennomgående vertskommuneeffekt for svangerskapskontroller som ikke omhandler ultralyd i alle boområder, sterkest i boområdene Hammerfest, Bodø og Kirkenes. For boområdet Hammerfest er kontrasten overdrevet på grunn av et ikke-identifiserbart forbruk på DRG-nivå hos privat spesialist i Alta. I Bodø kommune, med 3.25 private gynekologhjempler, er imidlertid vertskommuneeffekten underdimensjonert av samme grunn.

For HDG 13 (Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer) utgjøres de største undergruppene av hoveddiagnosene Z01 (Målrettede undersøkelser og utredninger av person uten symptom eller registrert diagnose, herunder Z014 (Gynekologisk undersøkelse) og Z031 (Observasjon ved mistanke om ondartet svulst). Det er størst kontraster knyttet til de generelle gynekologiske undersøkelsene. Her har bosatte i boområdet Mosjøen nesten 50 % høyere rater enn bosatte i boområdet Kirkenes (boområder med privatpraktiserende gynekologer holdt utenfor).

<sup>26</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.

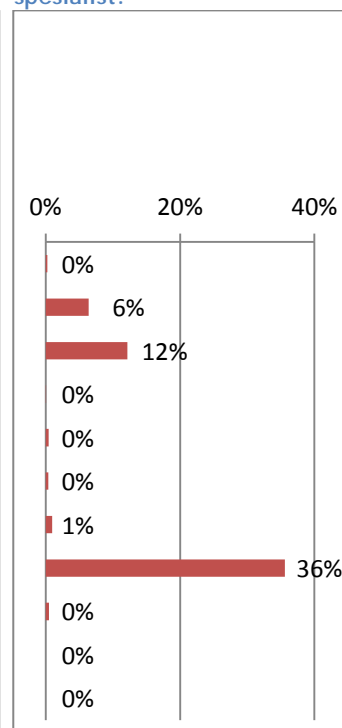


Figur 138 Svangerskap, fødsel og barseltid (ICD-10) inkl. svangerskapskontroller (Z34-Z36) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

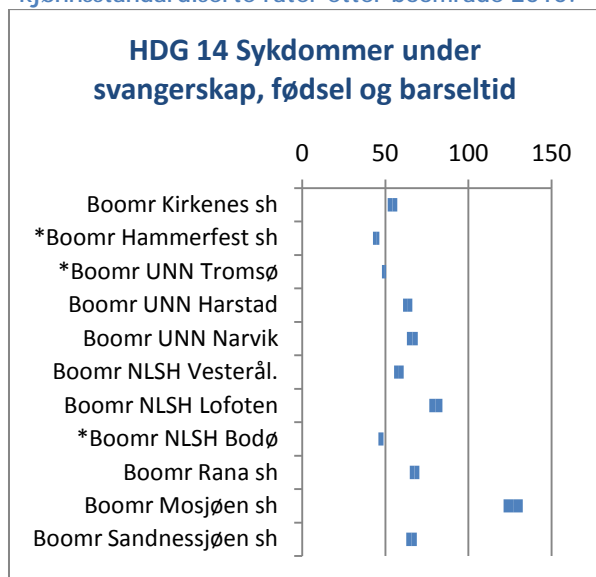


N=27162 (min 1183, max 6866)

Figur 139 Svangerskap, fødsel og barseltid inkl svangerskapskontroller. Andel behandlet hos privat spesialist.



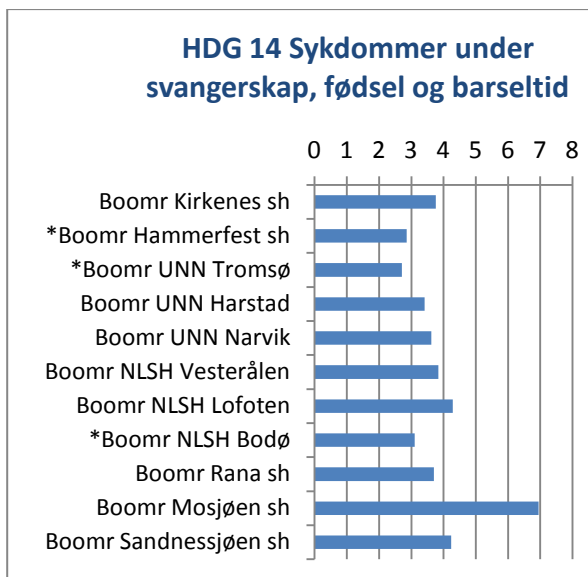
Figur 140 HDG 14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



N=25608 (min 1345, max 6033)

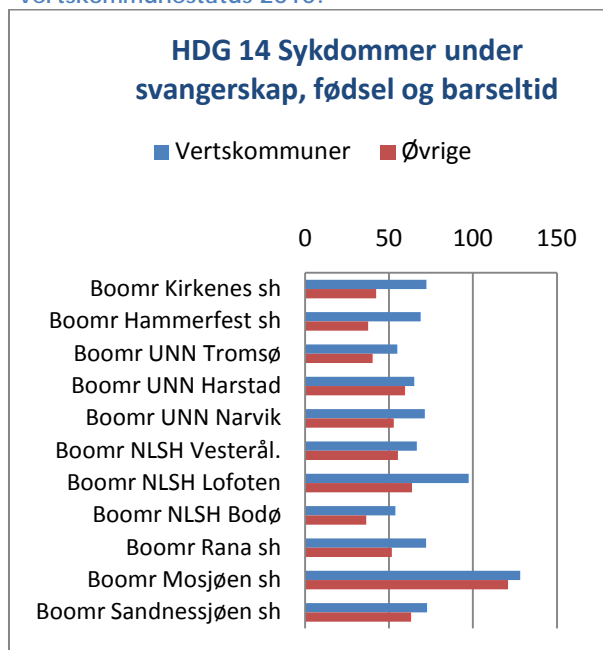
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 141 HDG 14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.

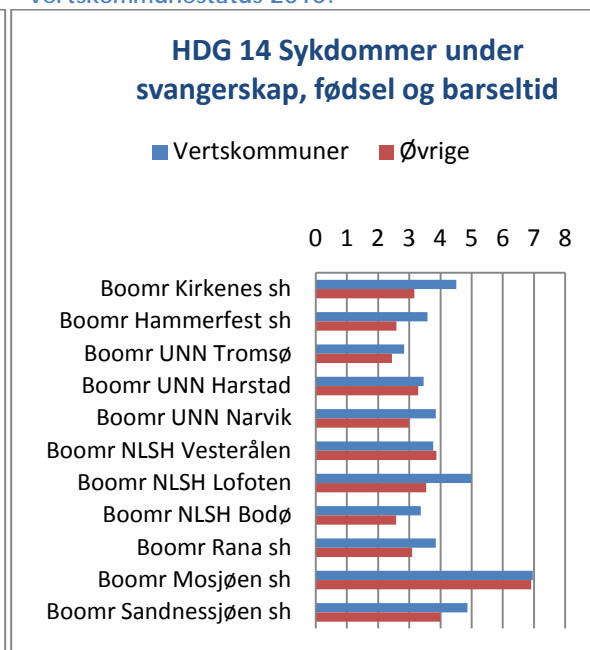


Korrelasjon: 0,96

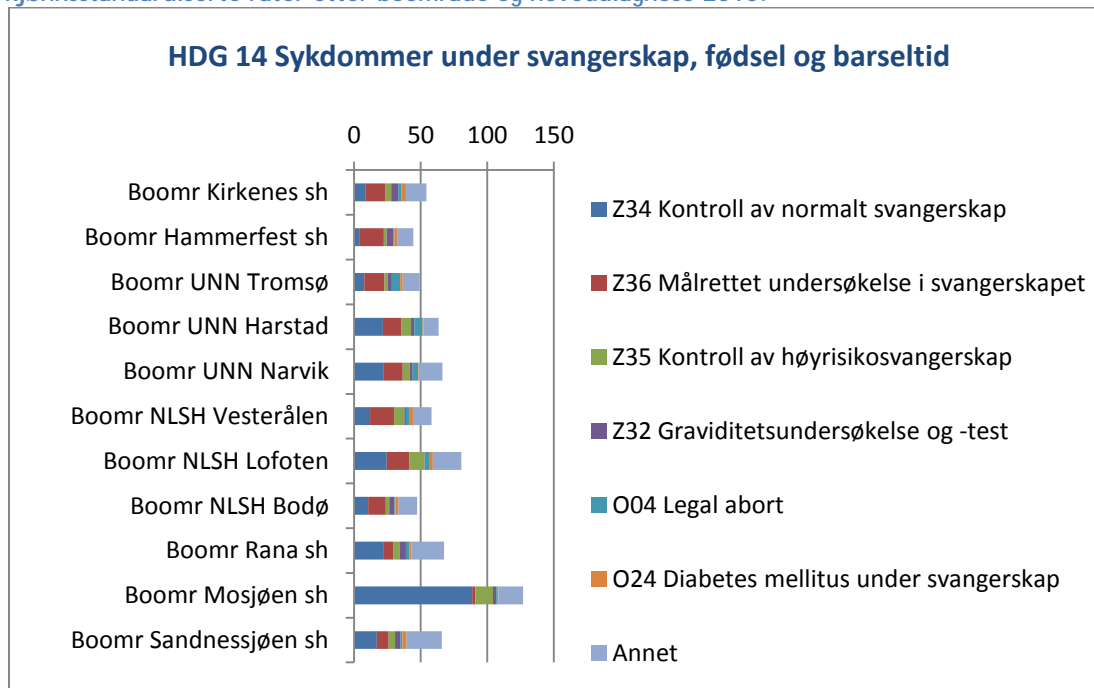
Figur 142 HDG 14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



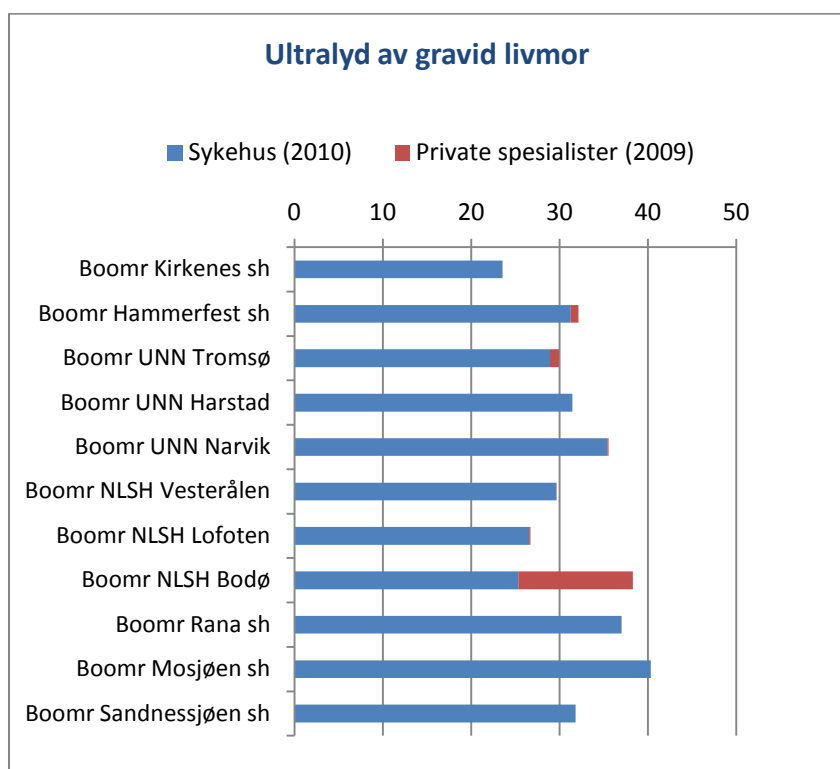
Figur 143 HDG 14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 144 HDG 14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og hoveddiagnose 2010.

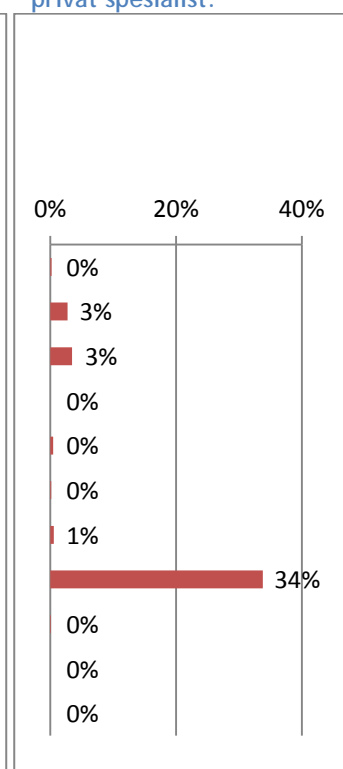


Figur 145 Ultralyd av gravid livmor etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

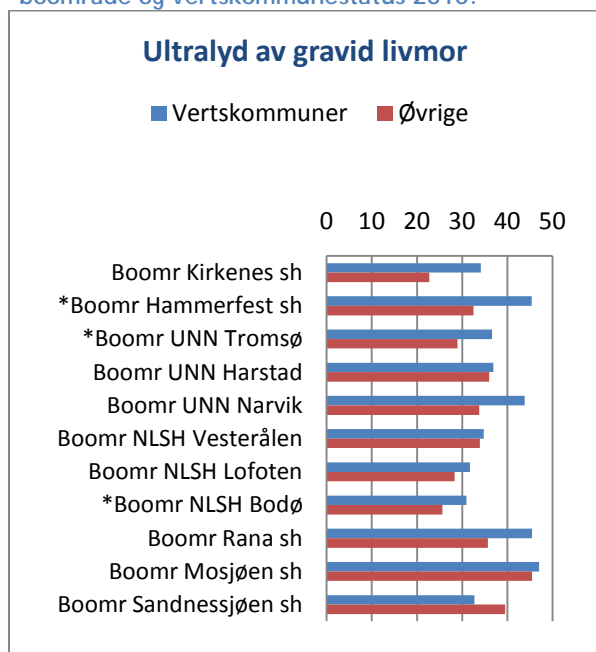


N=14509 (min 532, max 3665)

Figur 146 Ultralyd av gravid livmor. Andel behandlet hos privat spesialist.

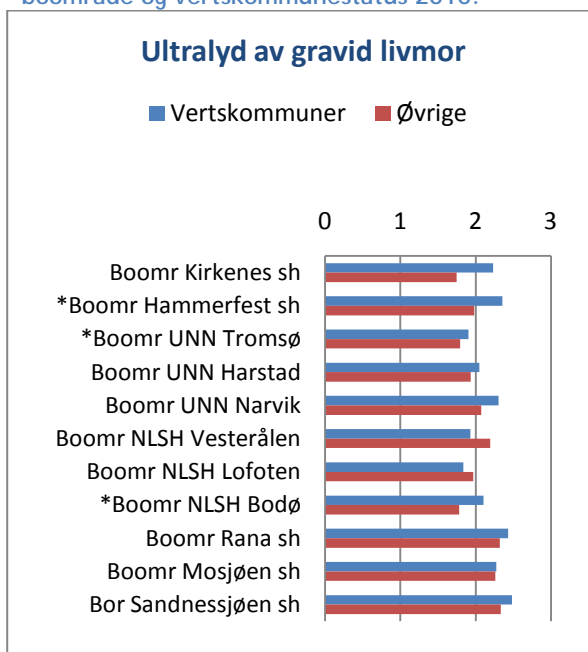


Figur 147 Ultralyd av gravid livmor foretatt på sykehus. Aldersstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



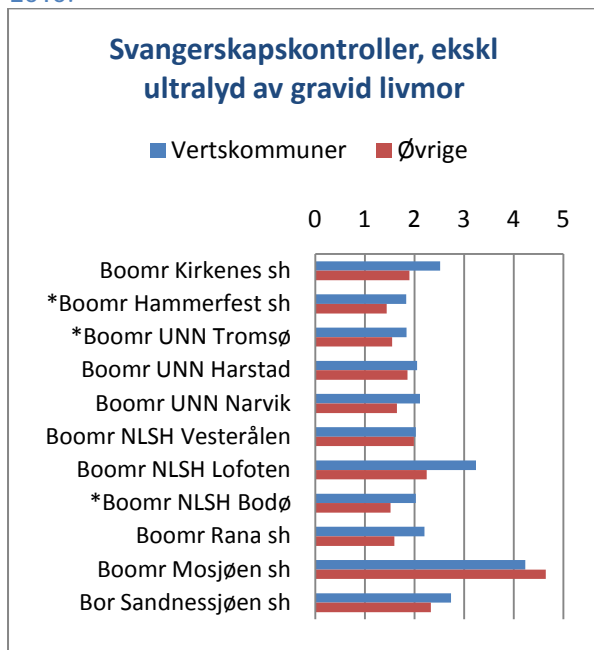
N=13192 (min 516, max 3529)

Figur 148 Ultralyd av gravid livmor foretatt på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



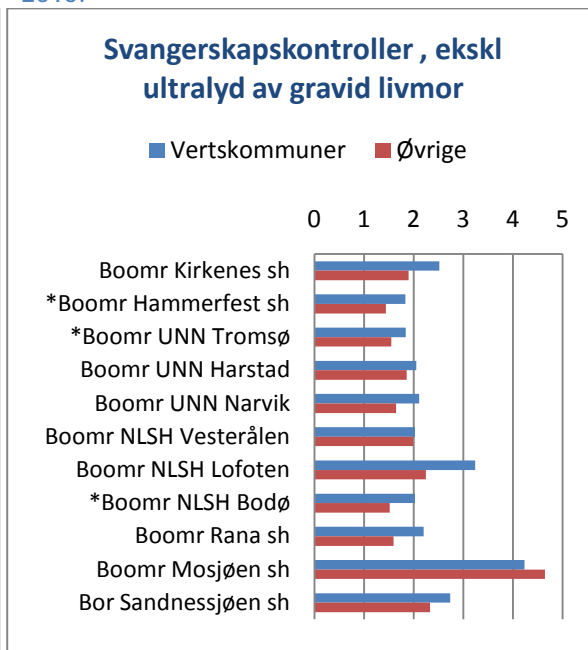
Korrelasjon: 0,79

Figur 149 Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid, ekskl. ultralyd av gravid livmor. Aldersstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



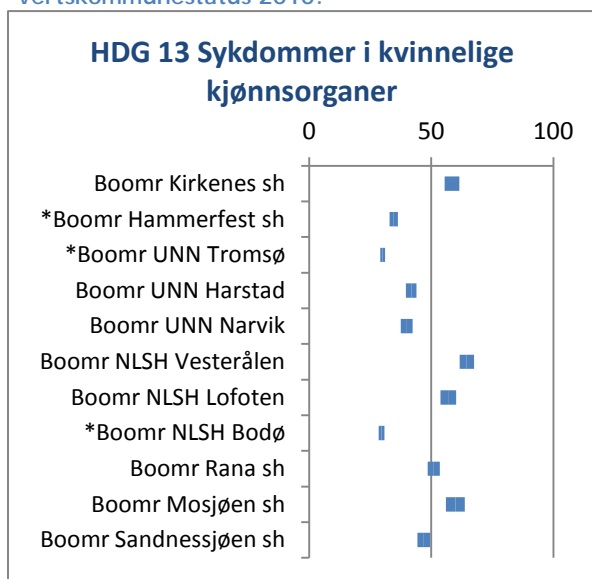
N=12417 (min 624, max 2505)

Figur 150 Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid, ekskl. ultralyd av gravid livmor. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,99

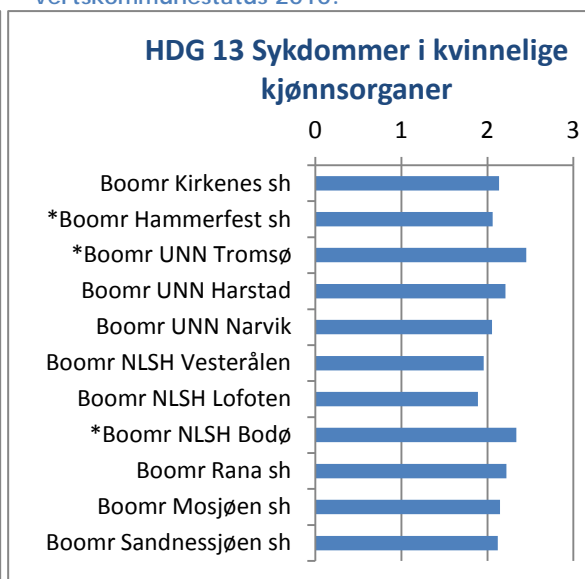
Figur 151 HDG 13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=18581 (min 938, max 3652)

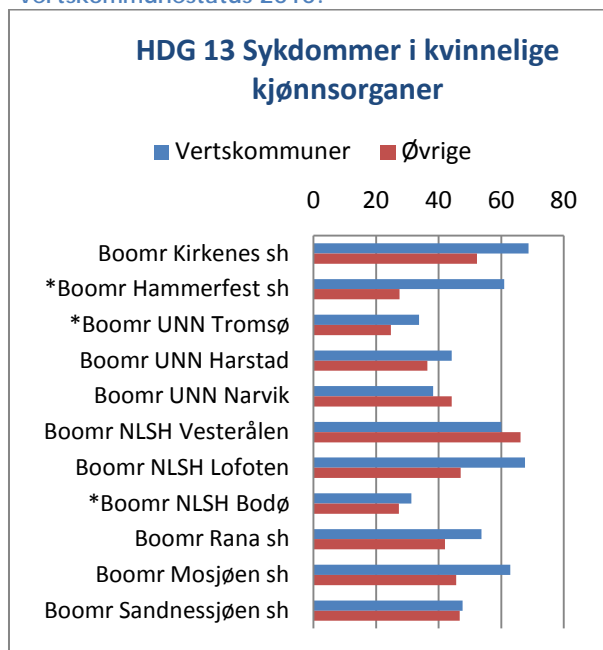
\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

Figur 152 HDG 13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.

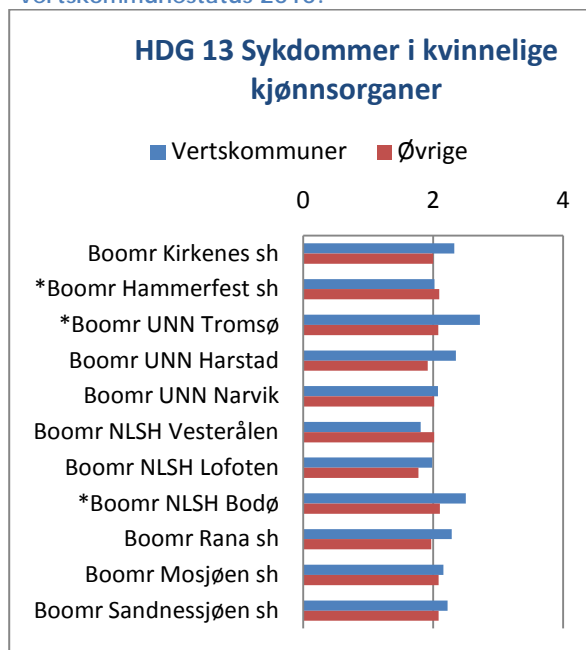


Korrelasjon: -0,65

Figur 153 HDG 13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 154 HDG 13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



## Øyesykdommer

Øyesykdommer er det fagområdet som har størst innslag av private spesialister, i alt 15.82 aktive hjemler i Helse Nord. Private spesialister innen øyesykdommer fordeler seg slik i 2009: Tromsø (6), Bodø (3), Mo i Rana (1), Narvik (1), Porsanger (1), Sortland (1), Fauske (0,8), Alta (0,75), Brønnøy (0,75), Vefsn (0,32) og Vestvågøy (0,2). Det er dermed kun bosatte i boområdene Kirkenes og Harstad som ikke har tilgang til privatpraktiserende øyelege i eget boområde. 2/3-deler av konsultasjonene som faller inn under kapitlet "Øyesykdommer" i ICD-10-kodeverket foregikk hos private spesialister. I alle boområder med etablerte privatpraktiserende øyeleger var volumet høyere hos de private spesialistene enn på sykehusenes poliklinikker.

### Leserveiledning / Forklaring til figurene

Figur 155 og Figur 156 viser absolutt (Figur 155) og relativ (Figur 156) fordeling av konsultasjoner innen ICD-10 kapitlet "Sykdommer i øyet og øyets omgivelser" mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 157-Figur 161 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner på sykehus for HDG 2 "Øyesykdommer" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i nord. ICD-10 kapitlet "Sykdommer i øyet og øyets omgivelser" (N=56 361) har en mye videre definisjon enn HDG 2 "Øyesykdommer" (N=22 863). Tallene for ICD-10 kapitlet er dermed ikke direkte sammenlignbare med den aktuelle HDGen, men er likevel inkludert for å gi en indikasjon på omfanget av øyekonsultasjoner hos private spesialister i de ulike boområdene.

Figur 157 viser konfidensintervall<sup>27</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater på sykehus for den aktuelle HDGen, mens Figur 158 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient. Under Figur 157 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. De boområdene som har tilgang på private spesialister innen øyesykdommer er merket med en stjerne (\*). Figur 159 og Figur 160 viser hhv

<sup>27</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.

forskjell i forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene.

For øyesykdommer havner hoveddelen av konsultasjonene i DRGer som ikke er særlig beskrivende i forhold til innhold<sup>28</sup>. I Figur 161 brytes derfor resultatene ned på de volummessig største hoveddiagnosene. Figur 166 og Figur 167 viser kontraster i forbruk mellom befolkningen i hhv vertskommuner og andre kommuner for aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD). Dette er en behandling som kun tilbys ved UNN Tromsø og NLSH Bodø og dermed ikke berøres av tilgang til private spesialister.

Oppgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

## Resultater

Når konsultasjoner hos private spesialister inkluderes finner vi de høyeste forbruksratene (målt i forhold til ICD-10-kodeverket) i boområdet Rana. Her er den samlede forbruksraten 2.4 ganger høyere enn i boområdene Mosjøen og Hammerfest. Ca 30 % av konsultasjonene i boområdet Rana skjer hos private spesialister. Boområdet Rana har de høyeste forbruksratene for grønn stær (glaukom), mens boområdet Tromsø har de høyeste konsultasjonsratene for grå stær (katarakt)<sup>29</sup> (3.5 ganger høyere konsultasjonsrate enn boområdet Mosjøen.)

Ser vi isolert på konsultasjoner på sykehus finner vi, naturlig nok, de høyeste forbruksratene i boområder uten privatpraktiserende øyeleger (Kirkenes, Harstad). Mellom disse to boområdene er det imidlertid også innbyrdes betydelige forskjeller: Forbruksraten i boområdet Kirkenes ligger 50 % over forbruksraten i boområdet Harstad. De største undergruppene er H35 (Andre sykdommer i netthinne), H40 (Glaukom) og Z96.1 (Status med intraokulært linseimplantat). For begge disse pasientgruppene har boområdet Kirkenes mer enn 50 % høyere rater sammenlignet med boområdet Harstad. For bosatte i Tromsø og Bodø kommuner finner vi en noe høyere konsultasjonsfrekvens på sykehus enn for bosatte i de omkringliggende kommunene. Vi finner ingen korrelasjon mellom forbruksrater og konsultasjonsfrekvens.

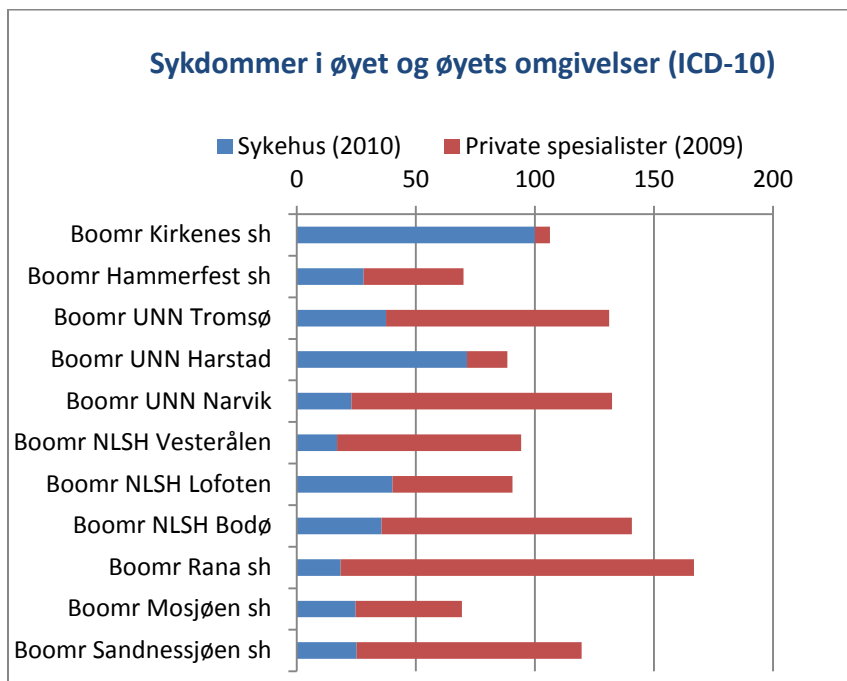
For aldersrelatert makuladegenerasjon finner vi også betydelig variasjon, til tross for at denne tjenesten er sentralisert. Her har bosatte i Tromsø kommune de høyeste forbruksratene.

---

<sup>28</sup> Dette gjelder DRG 9020 (Poliklinisk behandling av øyetilstand uten signifikant prosedyre) og DRG 802P (Større diagnostiske prosedyrer på øye uten overnatting).

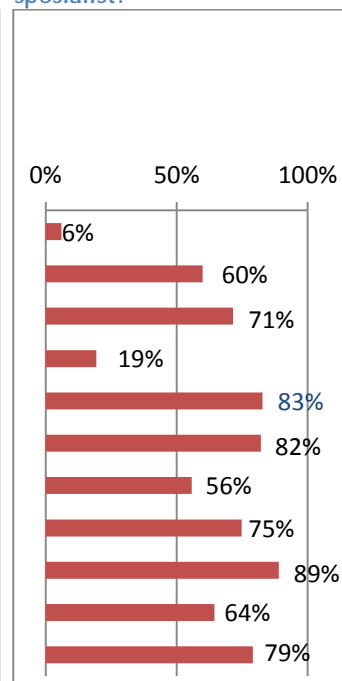
<sup>29</sup> Definert ved hoveddiagnose H25 (Aldersbetinget grå stær) eller H26 (Annen grå stær).

Figur 155 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010 (sykehus)/2009(Private spesialister).

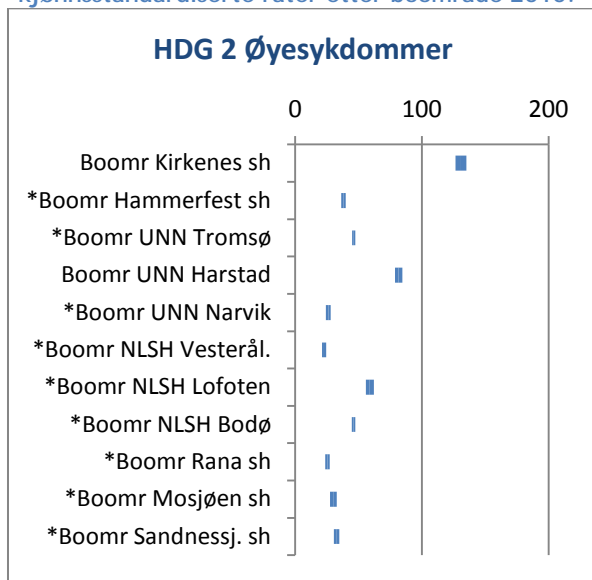


N=55361 (min 1260, max 15340)

Figur 156 Sykd i øyet og øyets omgivelser. Andel behandlet hos privat spesialist.



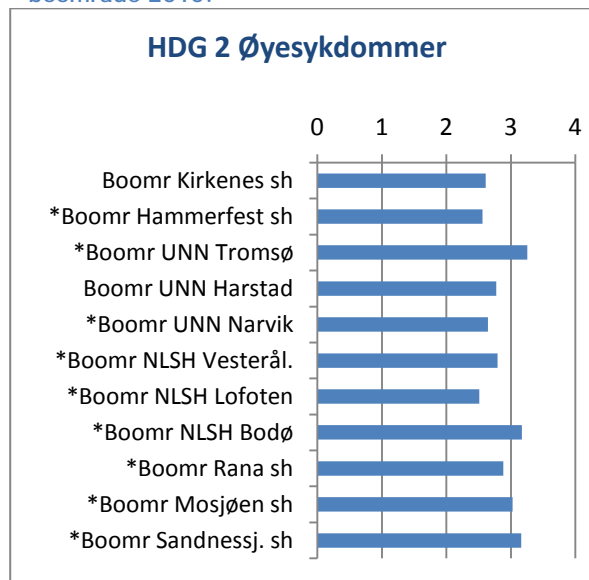
Figur 157 HDG 2 Øyesykdommer behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



N=22863 (min 533, max 5484)

\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

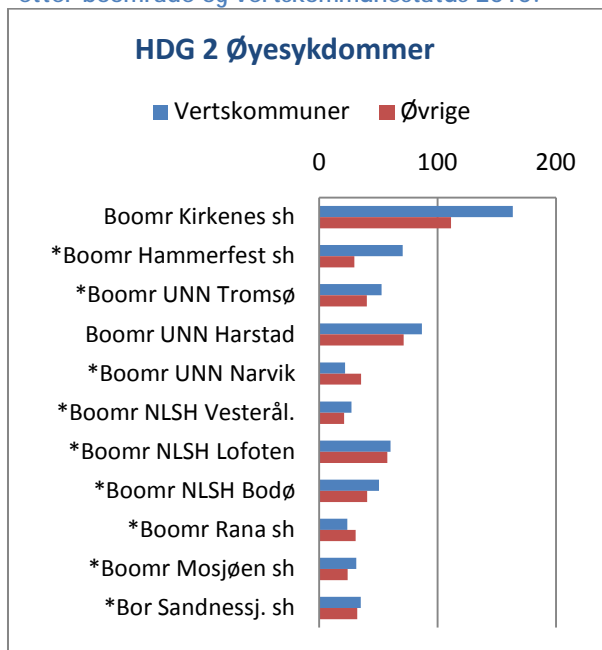
Figur 158 HDG 2 Øyesykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.



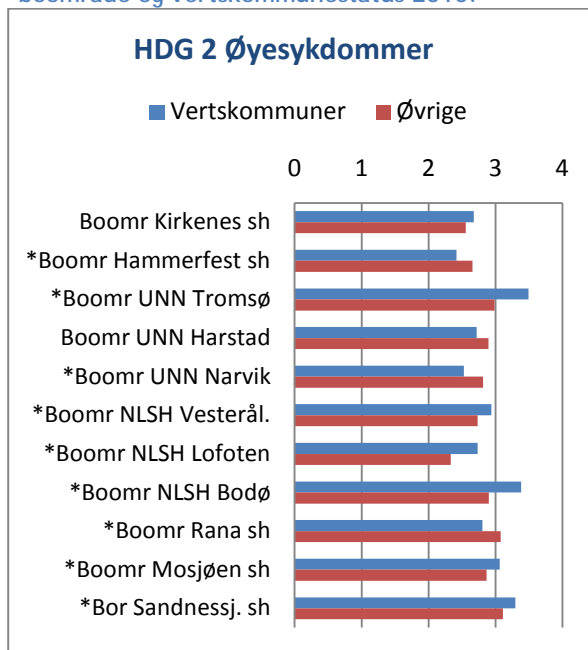
Korrelasjon: -0,32



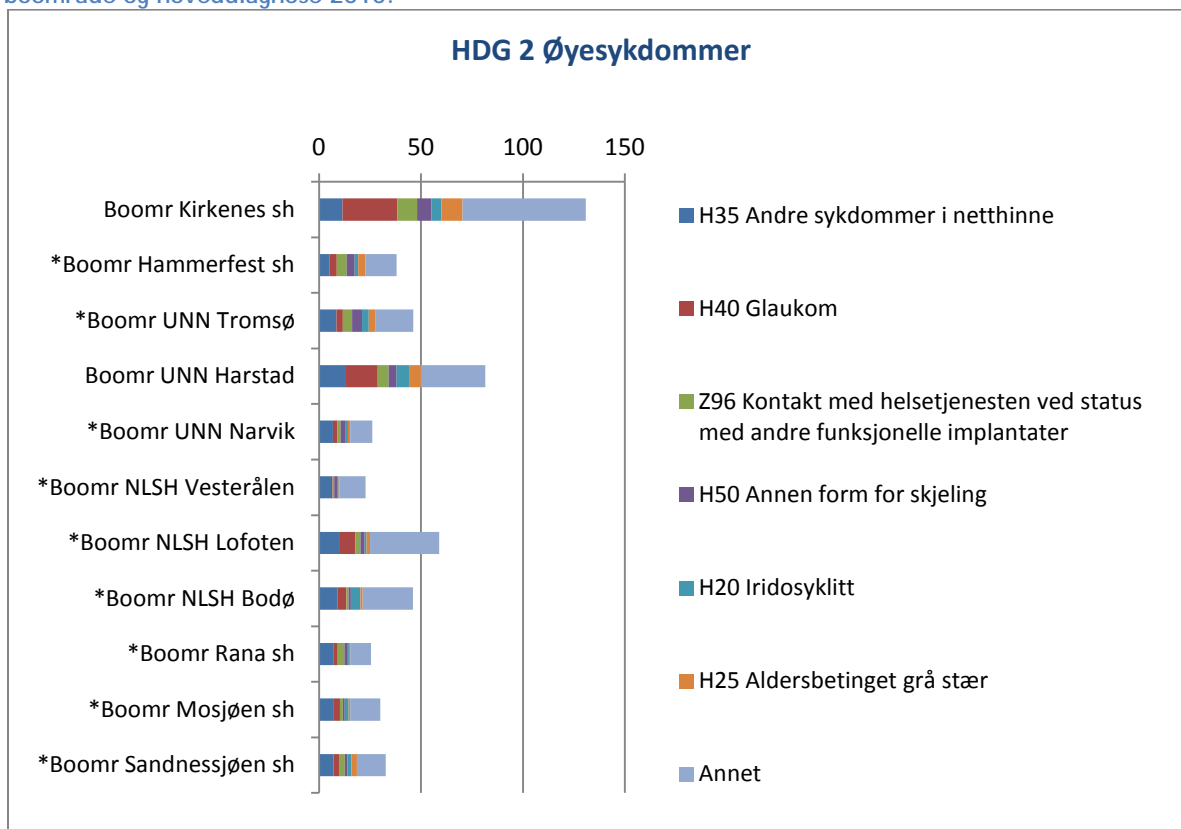
Figur 159 HDG 2 Øyesykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



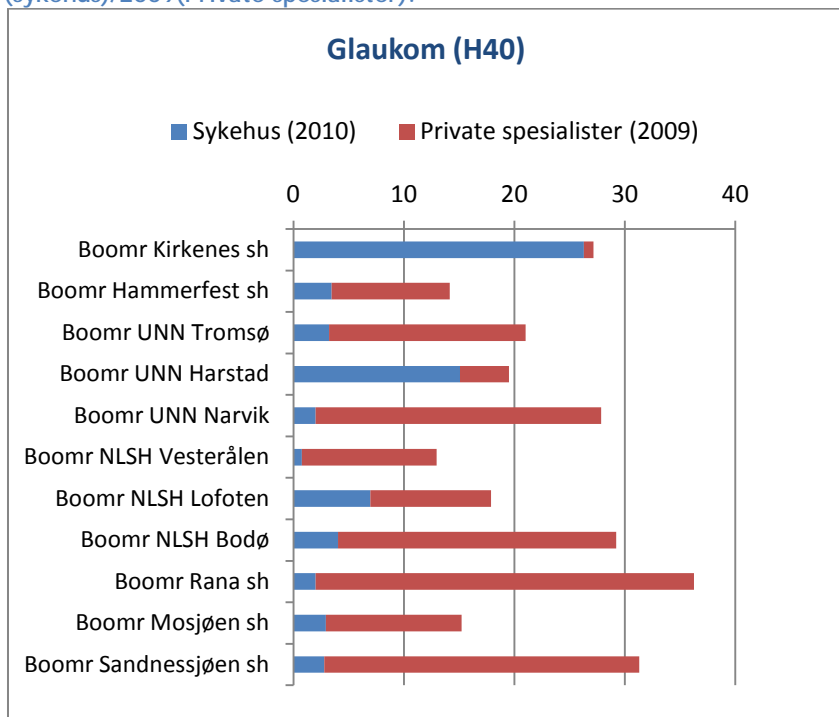
Figur 160 HDG 2 Øyesykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



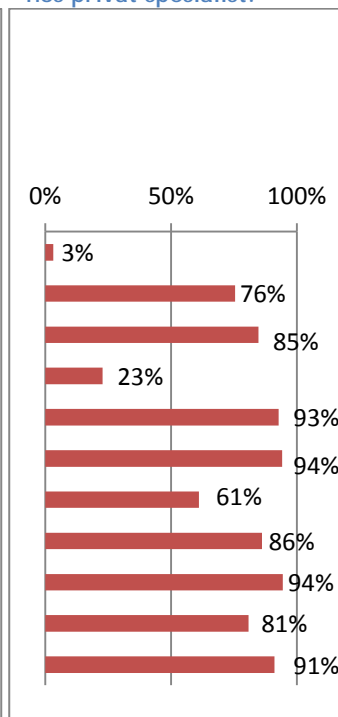
Figur 161 HDG 2 Øyesykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og hoveddiagnose 2010.



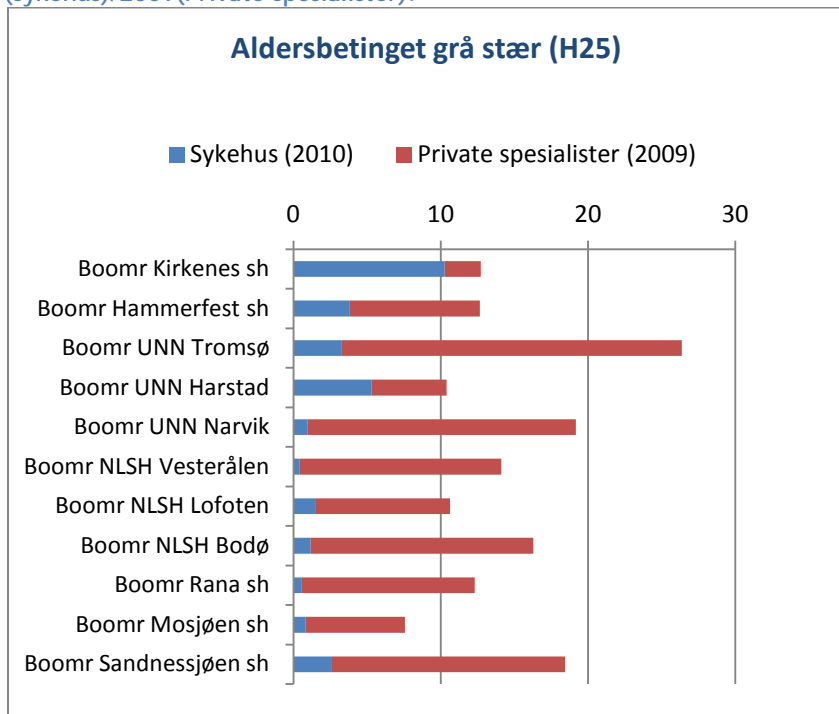
Figur 162 Hoveddiagnose H40 Glaukom etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010 (sykehus)/2009(Private spesialister).



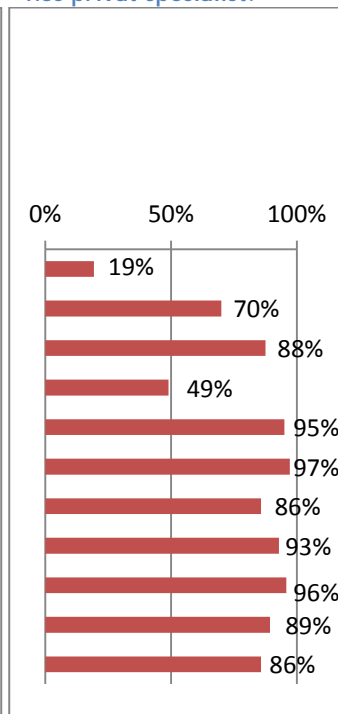
Figur 163 Hoveddiagnose H40 Glaukom. Andel behandlet hos privat spesialist.



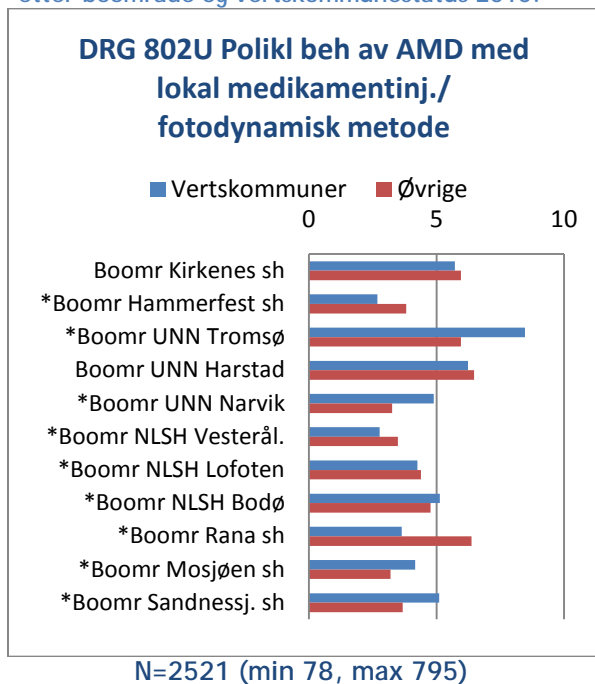
Figur 164 Hoveddiagnose H25 Aldersbetinget grå stær etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010 (sykehus)/2009(Private spesialister).



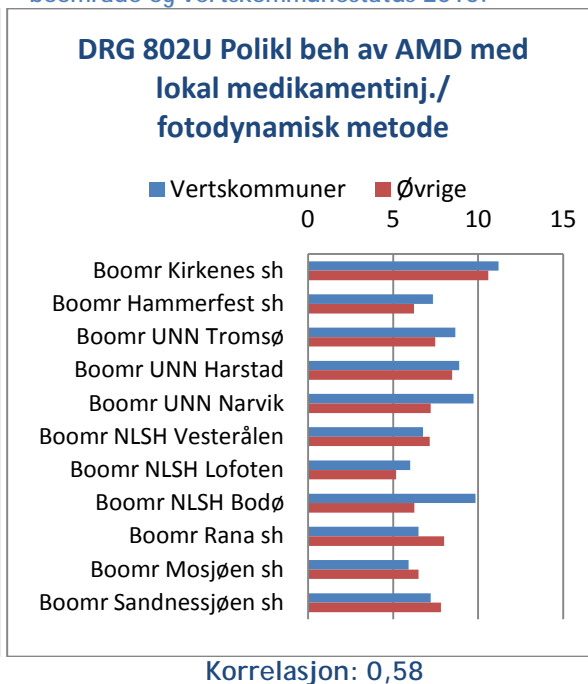
Figur 165 H25 Aldersbetinget grå stær. Andel behandlet hos privat spesialist.



Figur 166 802U Poliklinisk behandling på sykehus av aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) med lokal medikamentinjeksjon eller fotodynamisk metode. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 167 802U Poliklinisk behandling på sykehus av aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) med lokal medikamentinjeksjon eller fotodynamisk metode. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



## Diabetes/endokrine sykdommer

Diabetes mellitus er årsak til 52 % av konsultasjonene i HDG 10 (Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer). Andre større grupper er fedme (13%) og sykdommer i skjoldbruskkjertelen (7%). Konsultasjoner hos private spesialister foregår i all hovedsak hos øyeleger (95%). Alle boområder i Helse Nord utenom Kirkenes og Hartsad har private øyeleger. Boområdene med tilgang til private øyeleger er ikke angitt spesielt (\*), da spesialisttilbudet ikke er endokrinologi.

### Leserveiledning / Forklaring til figurene

Figur 168 og Figur 169 viser absolutt (Figur 168) og relativ (Figur 169) fordeling av konsultasjoner innen ICD-10 kapitlet "Endokrine sykdommer og ernærings sykdommer" mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 170-Figur 174 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner på sykehus for HDG 10 "Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i nord. ICD-10 kapitlet "Endokrine sykdommer og ernærings sykdommer" (N=26 787) har en videre definisjon enn HDG 10 "Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer" (N=18 202). Tallene for ICD-10 kapitlet er dermed ikke direkte sammenlignbare med den aktuelle HDGen, men er likevel inkludert for å gi en indikasjon på omfanget av konsultasjoner vedrørende endokrine sykdommer hos private spesialister i de ulike boområdene.

Figur 170 viser konfidensintervall<sup>30</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater på sykehus, mens Figur 171 viser antall konsultasjoner per pasient. Under Figur 170 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. Figur 172 og Figur 173 viser hhv forskjell i forbruksrater på

<sup>30</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.

sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene, og i Figur 174 vises forbruksrater på sykehus fordelt på de største DRGene.

I Figur 175-Figur 178 brytes aktivitetstall for sykehusene ned på de volummessig største DRGene. For hver av disse DRGene presenteres forbruksrater og antall konsultasjoner per pasient fordelt på vertskommune og andre kommuner.

Opgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

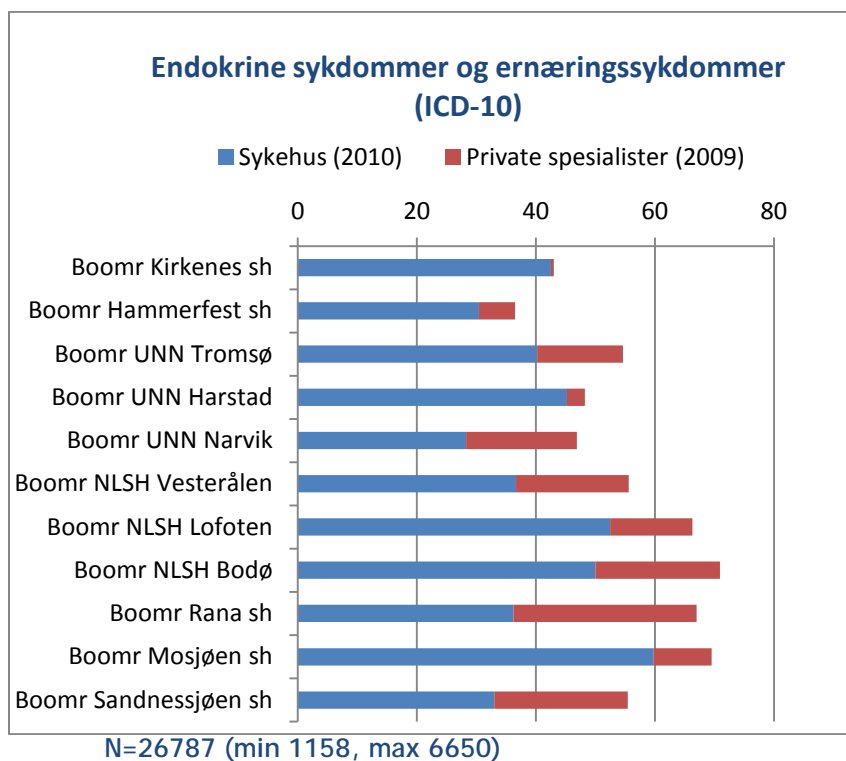
## Resultater

Boområdet Bodø har de høyeste forbruksratene for endokrine sykdommer og ernæringsykdommer (definert i henhold til ICD-10-kodeverket) i Helse Nord når forbruk på sykehus og hos private spesialister ses under ett. Forbruksraten i boområdet Bodø er nær dobbelt så høy som raten i boområdet Hammerfest.

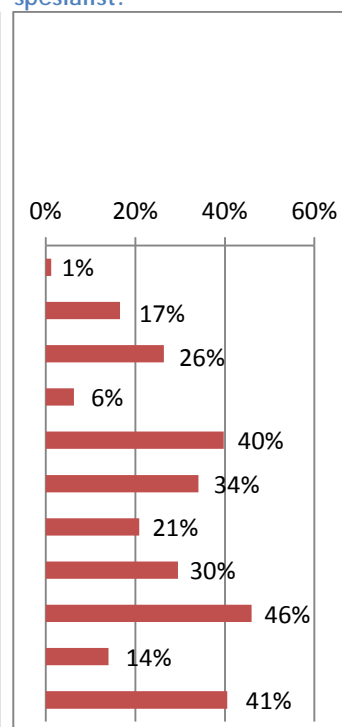
Ser vi isolert på sykehusforbruk har bosatte i boområdet Mosjøen 88 % høyere forbruksrater enn bosatte i boområdet Hammerfest når det gjelder HDG 10 (Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer). I noen boområder (Mosjøen, Kirkenes, Hammerfest) har bosatte i vertskommuner høyere forbruksrate enn befolkningen i boområdets øvrige kommuner, men dette er ikke et gjennomgående trekk. Vi finner ingen korrelasjon mellom forbruksrater og konsultasjonsfrekvens for dette fagområdet.

De største kontrastene i HDG 10 finner vi for diabetespasientene (Figur 175 og Figur 176), der bosatte i boområdet Mosjøen har 2.6 ganger høyere forbruksrate enn bosatte i boområdet Narvik. Skiller vi mellom vertskommuner og andre har bosatte i Tromsø kommune høyest forbruksrate, men ikke høyere konsultasjonsfrekvens enn andre.

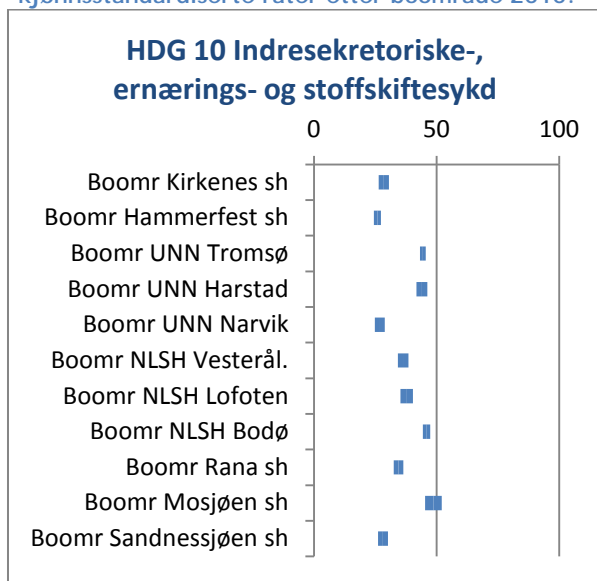
Figur 168 Endokrine sykdommer og ernæringsykdommer (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.



Figur 169 Endokrine sykd og ernæringssykd. Andel behandlet hos privat spesialist.

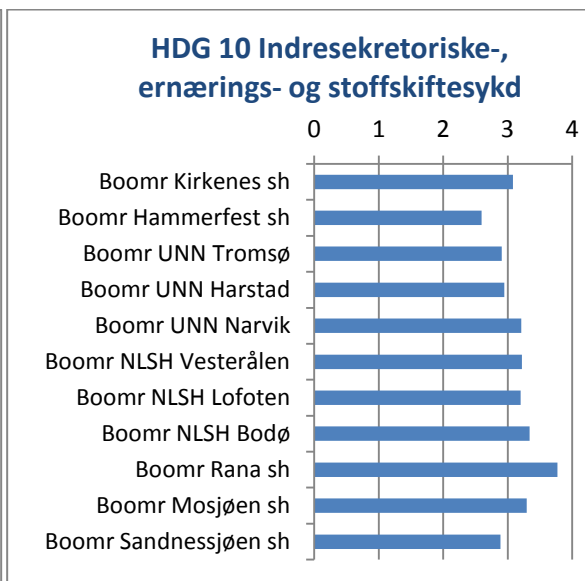


Figur 170 HDG 10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



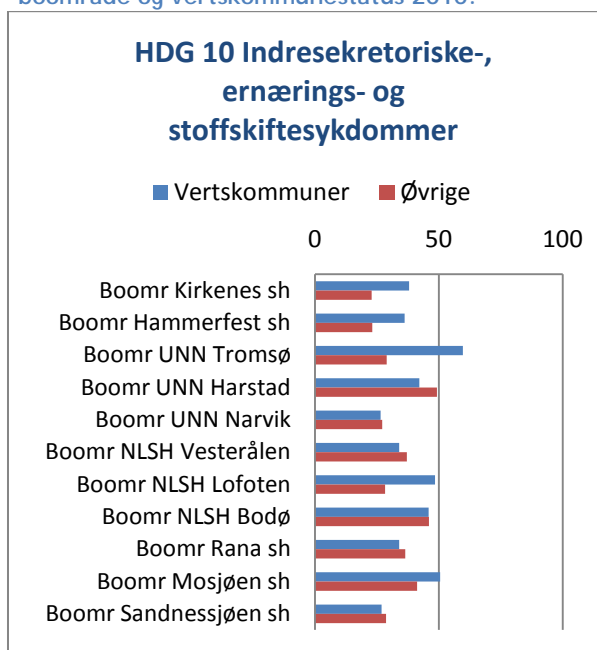
N=18202 (min 729, max 5455)

Figur 171 HDG 10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.

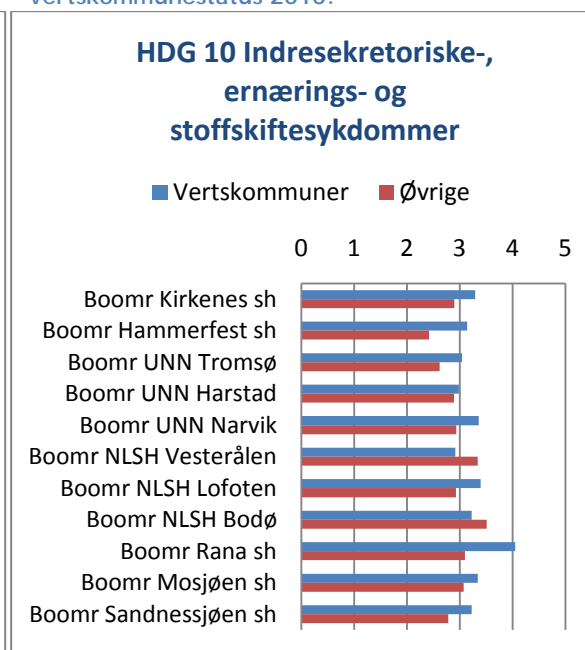


Korrelasjon: 0,27

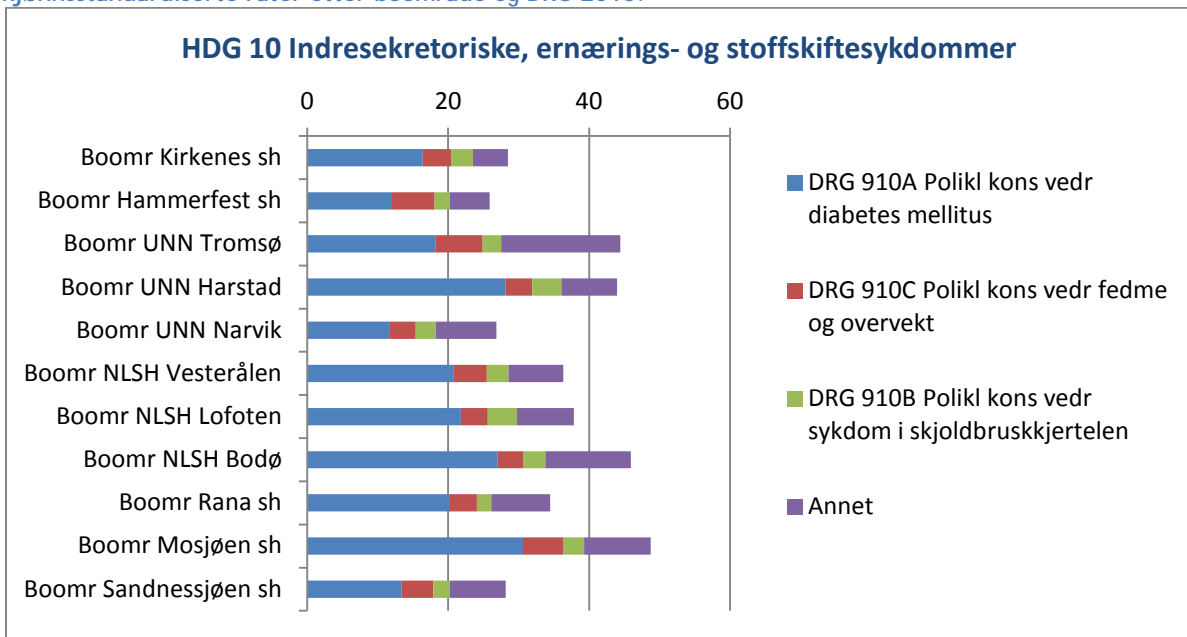
Figur 172 HDG 10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



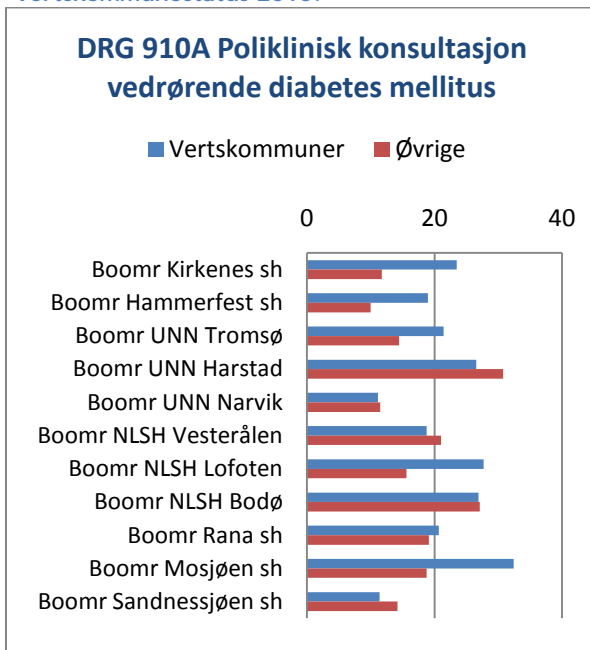
Figur 173 HDG 10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 174 HDG 10 Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010.

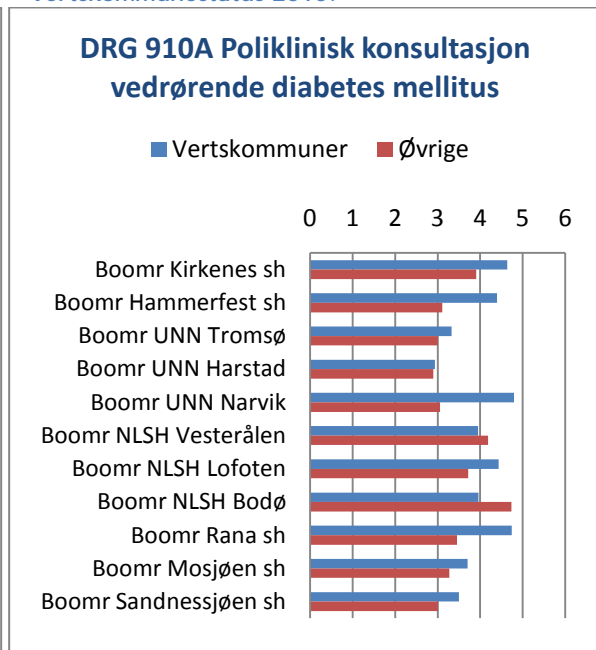


Figur 175 DRG 910A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende diabetes mellitus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



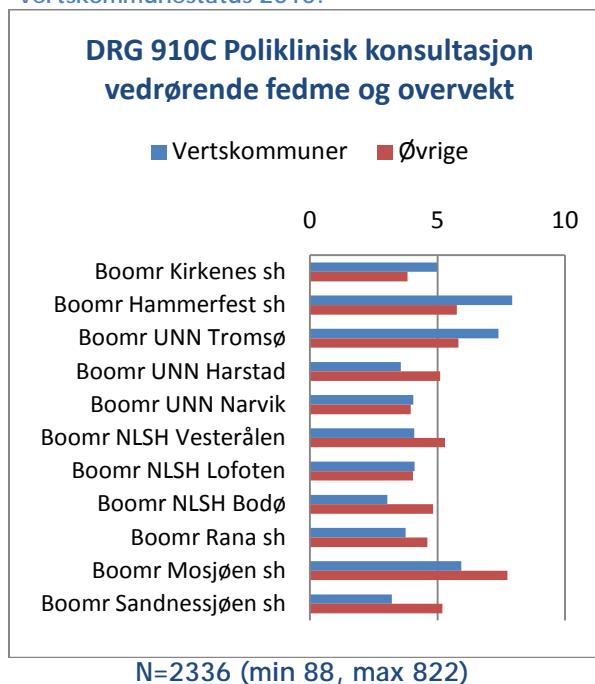
N=9453 (min 315, max 2233)

Figur 176 DRG 910A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende diabetes mellitus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.

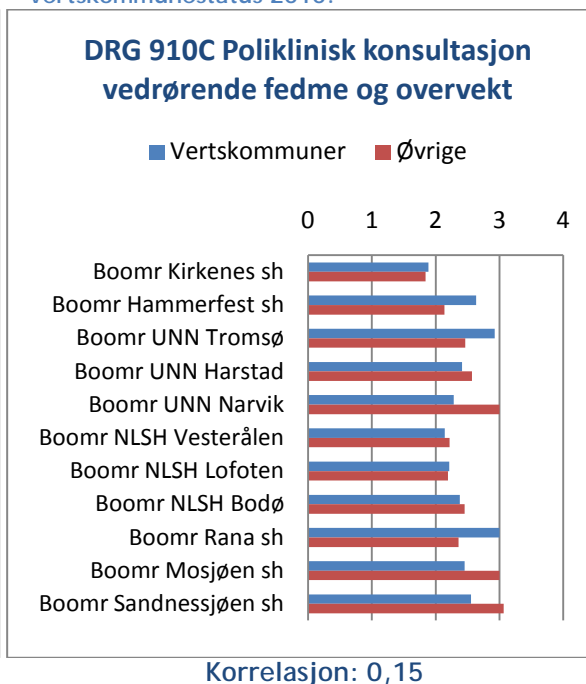


Korrelasjon: 0,01

Figur 177 DRG 910C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende fedme og overvekt. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 178 DRG 910C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende fedme og overvekt. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



## Nyre- og urinveissykdommer

Polikliniske konsultasjoner vedrørende nyre- og urinveissykdom utgjorde i overkant av 3 % av de polikliniske konsultasjonene på sykehus i 2010. De største undergrupper er endoskopi av nedre urinveier (21 %), diagnostiske urologiske tiltak (13 %), oppfølging av nyretransplanterte (11 %) og konsultasjon vedrørende nyresvikt (10 %). Omfanget av private avtalespesialister innen dette fagområdet er beskjedent, og utgjøres av en 100% hjemmel i generell kirurgi og urologi i Bodø. I tillegg utfører privatpraktiserende gynekologer tjenester innen dette fagområdet, og stod i 2009 for 33% av konsultasjonene hos de private spesialistene.

### Leserveiledning / Forklaring til figurene

Nyre- og urinveissykdommer er et område der det er lite sammenfall mellom hoveddiagnosegruppene i DRG-klassifikasjonen og ICD-10-kodeverket. Av konsultasjoner innen ICD-10-kapitlet "Sykdommer i urin- og kjønnsorganer" faller 36 % inn under HDG 11 (Nyre- og urinveissykdommer), mens øvrige konsultasjoner i hovedsak faller inn under hoveddiagnosegruppene for sykdommer i mannlige og kvinnelige kjønnsorganer (HDG 12 og 13), jfr. Tabell 11, side 115 i vedlegget. For å få en indikasjon på omfanget av konsultasjoner for nyre- og urinveissykdommer hos private spesialister er utvalget her derfor avgrenset til å gjelde hoveddiagnosene N00-N39<sup>31</sup>. Disse står for 52 % av hoveddiagnosene i HDG 11 (Nyre- og urinveissykdommer). For øvrig fordeler hoveddiagnosene i HDG 11 i ICD-10's symptom-kapitlet, R30-39, (15 %), Z-kapitlet "Faktorer med betydning for helsetilstand" (15 %), samt svulstkapitlet (13 %).

Figur 179 og Figur 180 viser absolutt (Figur 179) og relativ (Figur 180) fordeling av konsultasjoner med hoveddiagnose N00-N39 mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 181-Figur 185 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner på sykehus for HDG 11 "Nyre- og urinveissykdommer" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i nord.

<sup>31</sup> Herunder N00 (Akutt nefrittisk syndrom), N01 (Raskt progredierende nefrittisk syndrom), N02 (Tilbakevendende og vedvarende hematuri ved glomerulære sykdommer) og N03 (Kronisk nefrittisk syndrom).

Figur 181 viser konfidensintervall<sup>32</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater innen HDG 11 på sykehus, mens Figur 182 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient. Under Figur 181 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. De boområdene som har tilgang på private spesialister innen nyre- og urinveissykdommer er merket med en stjerne (\*). Figur 183 og Figur 184 viser hhv forskjell i forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene, og i Figur 185 vises forbruksrater på sykehus fordelt på de største DRGene.

Endoskopi av nedre urinveier (DRG 7180) er den største enkelt-DRGen. Poliklinisk endoskopi av nedre urinveier som foretas av private spesialister lar seg identifisere gjennom takst<sup>33</sup>, og er sammenstilt med aktuell DRG for å gi et samlet bilde av denne aktiviteten. Figur 186 viser forbruksrater for poliklinisk endoskopi av nedre urinveier fordelt etter behandler (sykehus eller privat spesialist), mens Figur 187 viser andel behandlet hos privat spesialist. Figur 188 og Figur 189 viser forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient for endoskopi av nedre urinveier fordelt på vertskommune og andre kommuner.

I Figur 190-Figur 193 brytes aktivitetstall for sykehusene ned på andre volummessig store DRGer, og for hver av disse presenteres forbruksrater og antall konsultasjoner per pasient fordelt på vertskommune og andre kommuner.

Oppgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

## Resultater

Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og sykdomsområdet avgrenses til hoveddiagnosene N00-N39, har boområdet Bodø de høyeste forbruksratene i Helse Nord for sykdommer i nyre- og urinsystemet. Forbruksratene her er det dobbelte av forbruksratene i boområdene Harstad og Narvik. Private spesialister står for 42 % av aktiviteten i boområdet Bodø for den aktuelle diagnosegruppen.

Ser vi på sykehusbruk isolert finner vi at forbruksratene for konsultasjoner i HDG 11 varierer med en faktor på 1.5, når boområder med private spesialister holdes utenfor. Befolkningen i boområdet Mosjøen har det høyeste forbruket, mens vi med et lite unntak for boområdet Lofoten finner jevnt fordelte forbruksrater for befolkningen i de andre boområdene. Høye forbruksrater i boområdet Mosjøen kan forklares med høyere antall konsultasjoner per pasient ( $r=0.82$ ). Vi ser også en generell tendens på dette fagområdet til at bosatte i vertskommuner har høyere konsultasjonsfrekvens enn bosatte i andre kommuner.

Størst kontraster finner vi for DRG 811R, diagnostiske urologiske tiltak (Figur 190 og Figur 191), der bosatte i opptaksområdet til Helgelandssykehuset HF har høyere forbruksrater enn andre. For bosatte i vertskommunene i Vesterålen, Harstad og Narvik ser vi også en markert vertskommuneeffekt for disse tiltakene. Også for endoskopi av nedre urinveier finner vi stor variasjon, her har boområdet Hammerfest mer enn dobbelt så høye forbruksrater som boområdet Tromsø (når aktivitet på sykehus og hos private spesialister ses under ett).

Sterkest vertskommuneeffekt finner vi i boområdene Lofoten (+82%) og Hammerfest (+58%), særlig gjelder dette for endoskopier av nedre urinveier (Figur 188 og Figur 189).

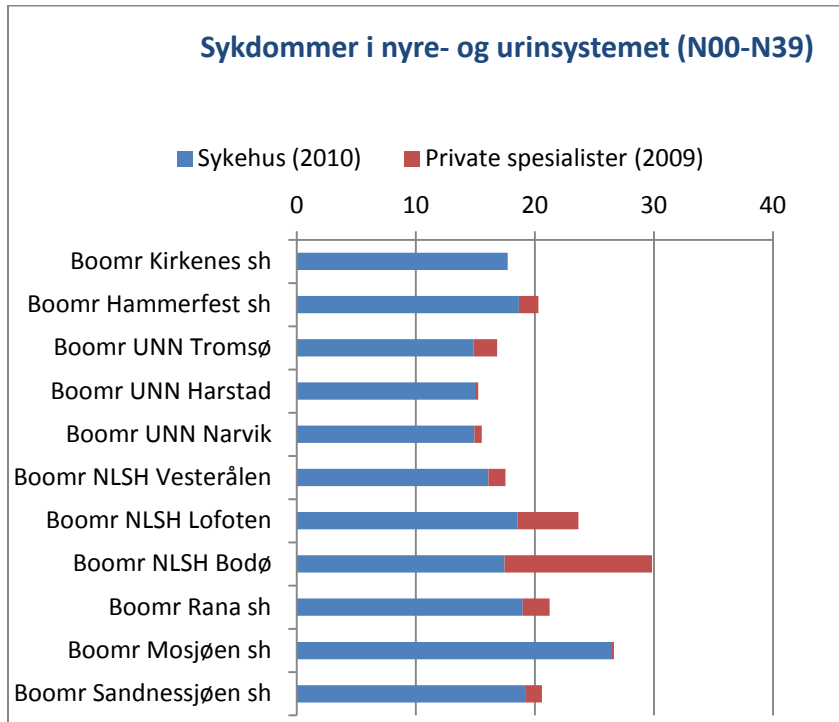
For nyretransplanterte finner vi forholdsvis høye rater i Lofoten, og særlig i vertskommunen, til tross for at behandlingen i liten utstrekning (7 %) foregår lokalt.

<sup>32</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.

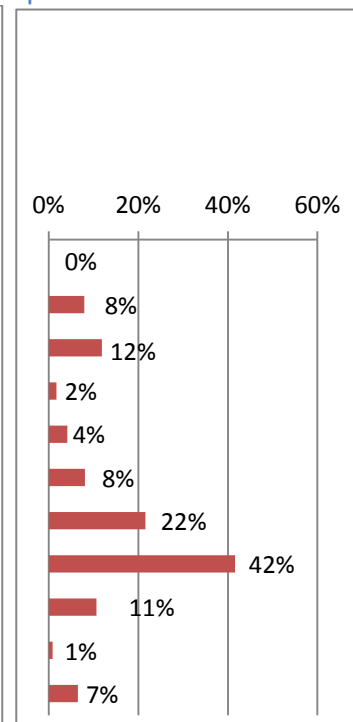
<sup>33</sup> Takst 139a (Uretrocystoskopi).



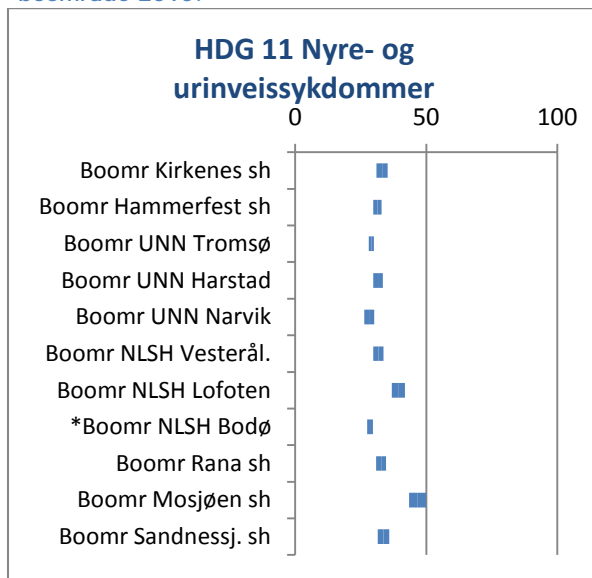
Figur 179 Sykdommer i nyre- og urinsystemet (hoveddiagnose N00-N39) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.



Figur 180 Sykt i nyre- og urinsystemet (N00-N39). Andel behandlet hos privat spesialist.

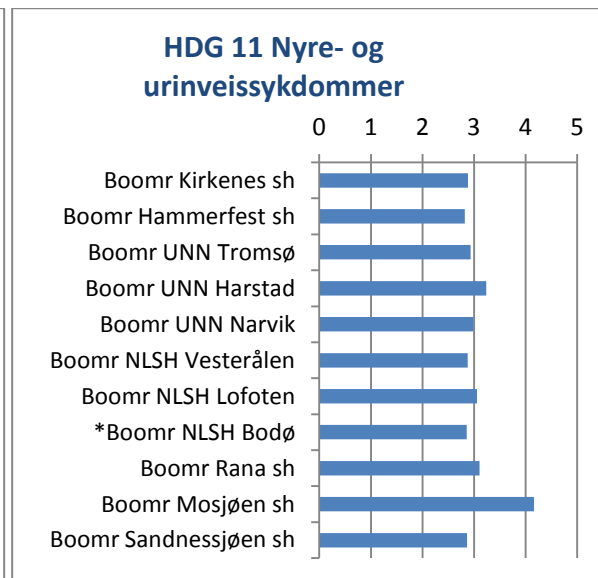


Figur 181 HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.

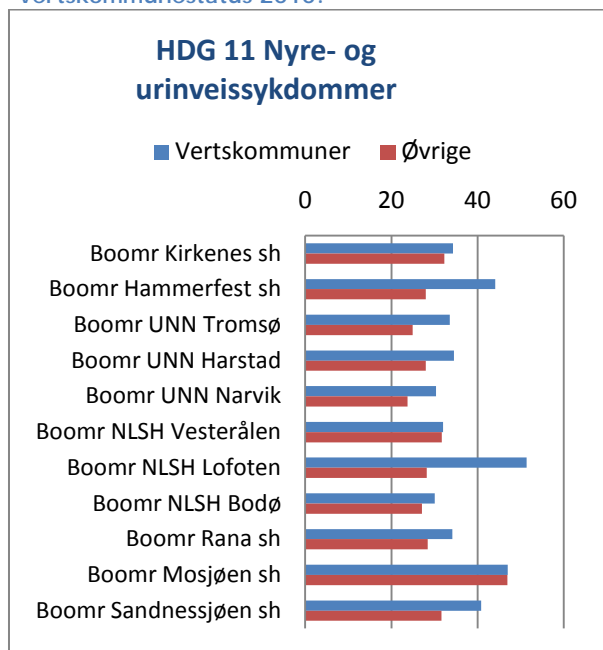


\*Boområde m/privatpraktiserende avtalespesialist

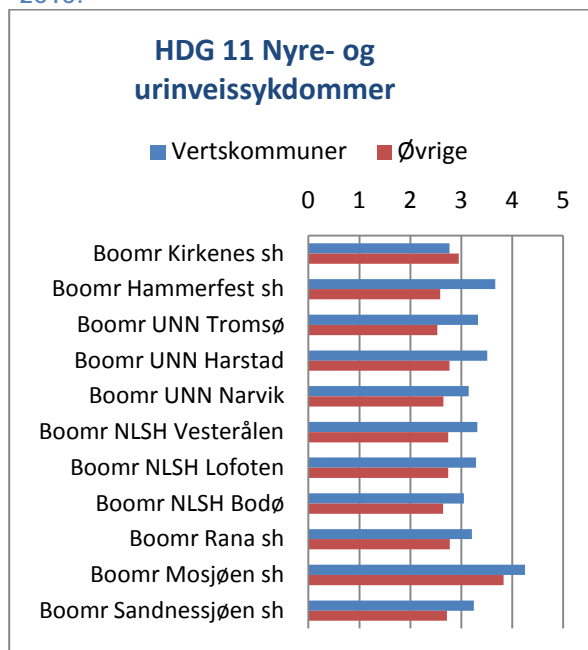
Figur 182 HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.



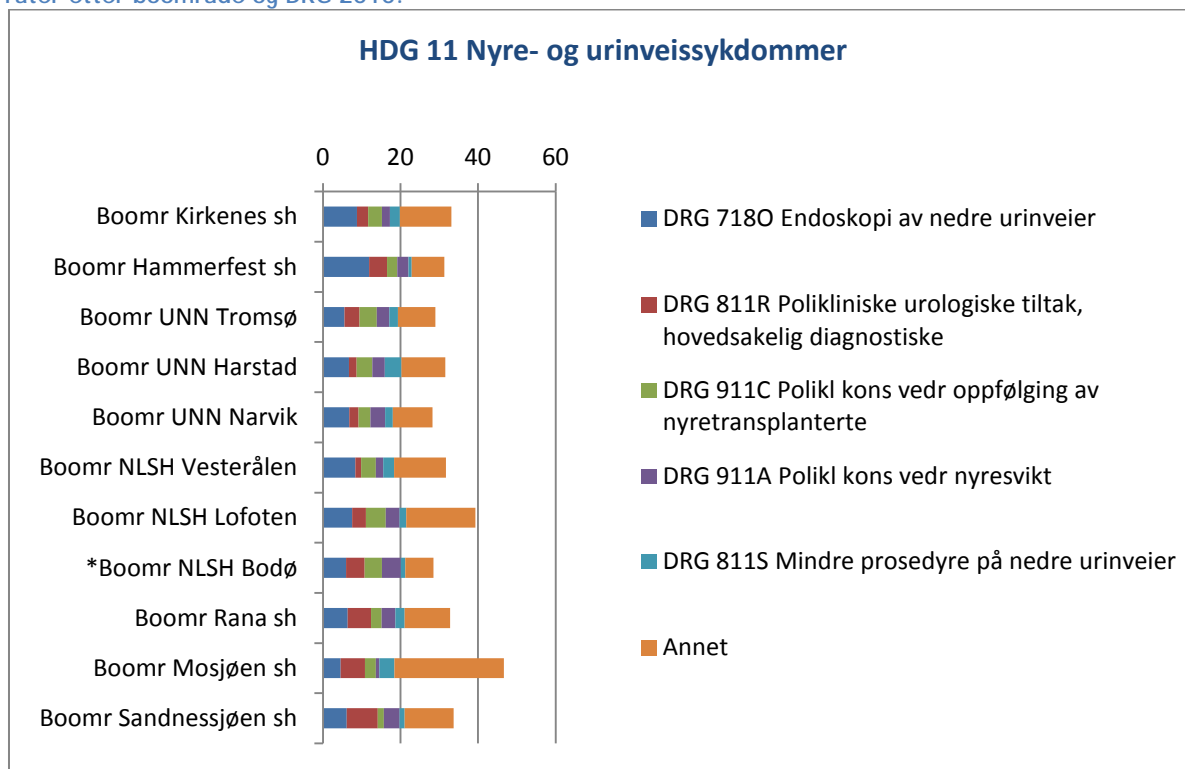
Figur 183 HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



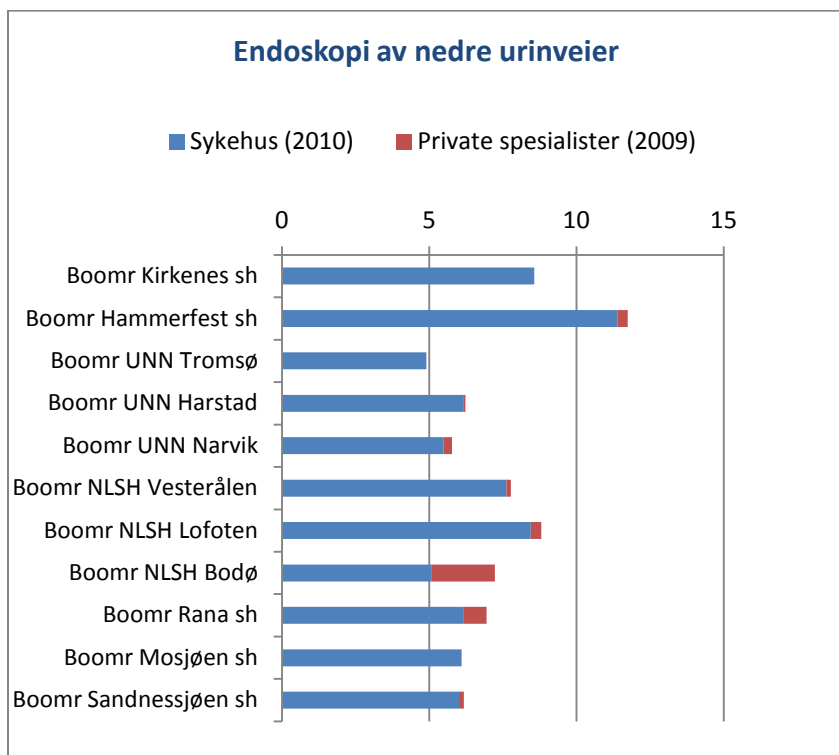
Figur 184 HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 185 HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010.

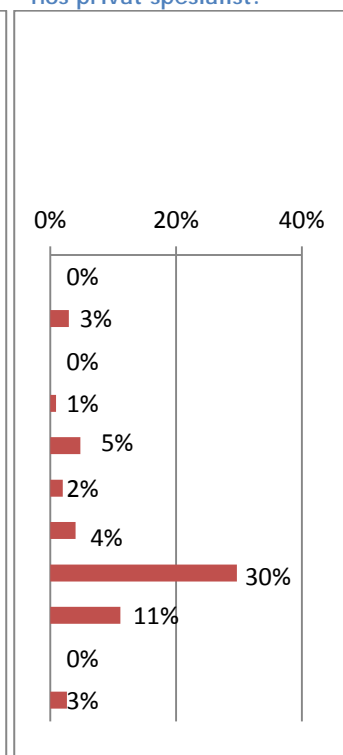


Figur 186 Endoskopi av nedre urinveier etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

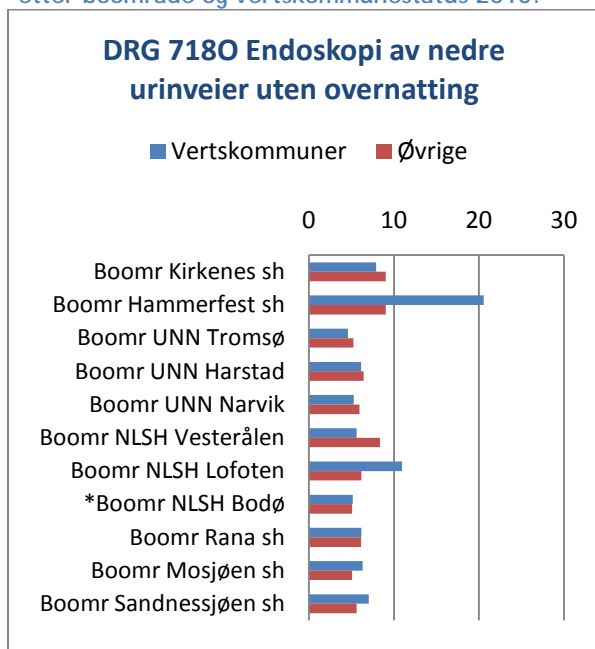


N=3457 (min 117, max 613)

Figur 187 Endoskopi av nedre urinveier. Andel behandlet hos privat spesialist.

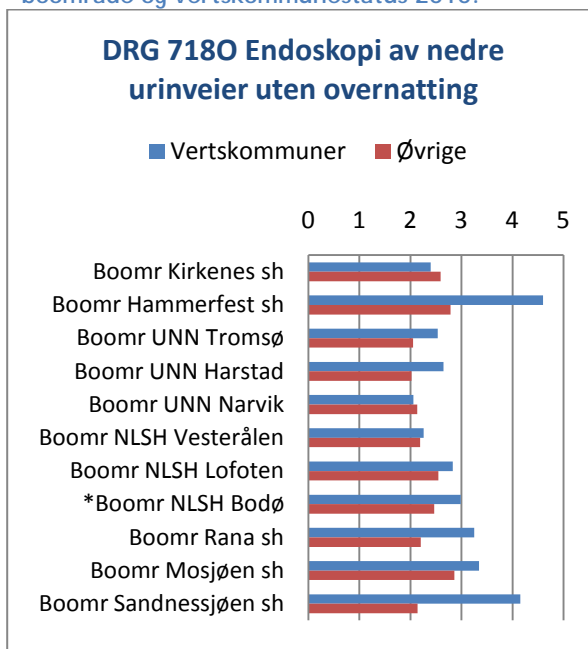


Figur 188 DRG 7180 Endoskopi av nedre urinveier på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



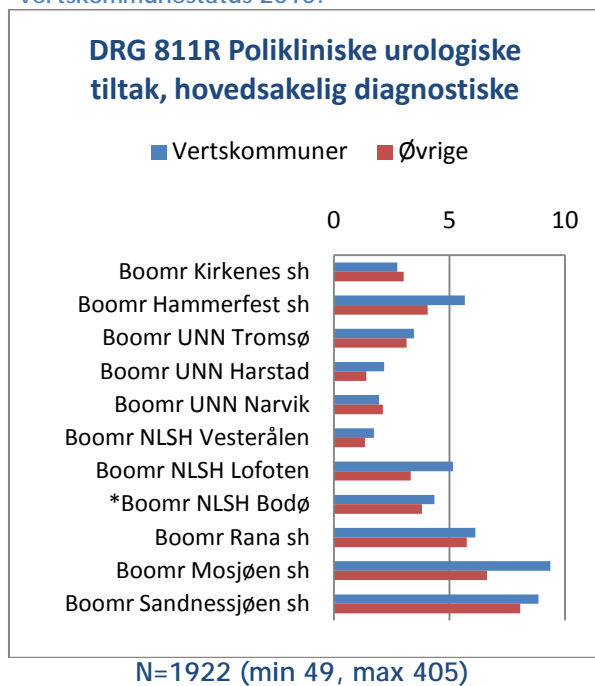
N=3206 (min 117, max 589)

Figur 189 DRG 7180 Endoskopi av nedre urinveier på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.

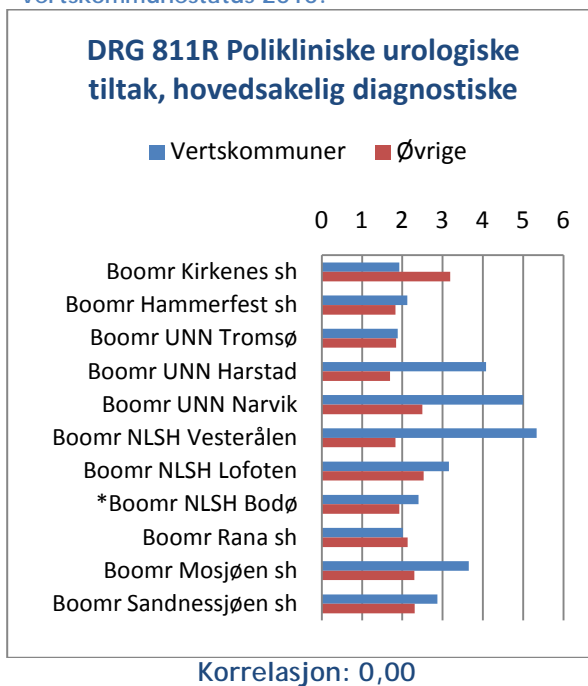


Korrelasjon: 0,44

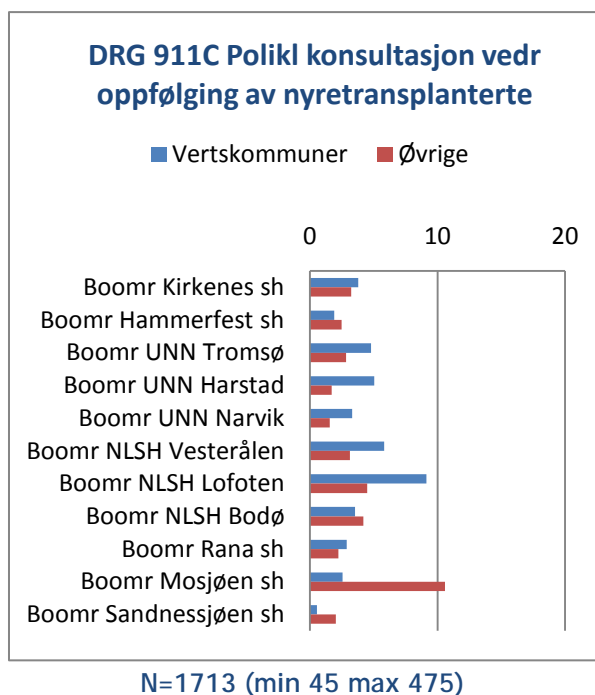
Figur 190 DRG 811R Polikliniske urologiske tiltak på sykehus, hovedsakelig diagnostiske. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



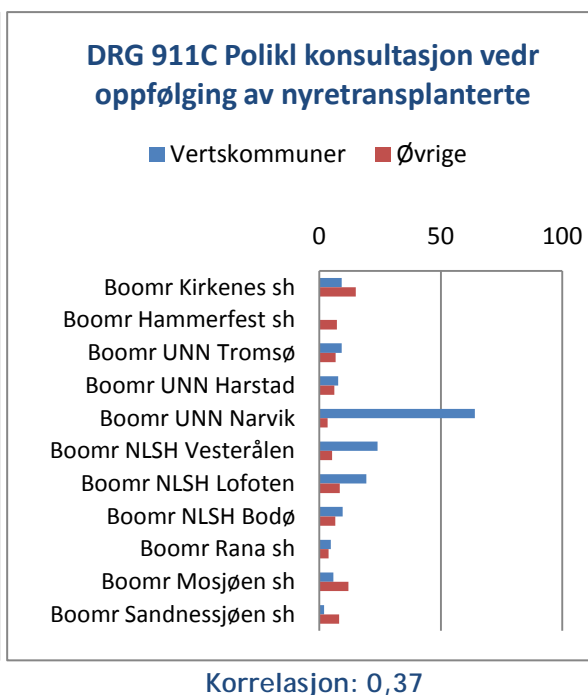
Figur 191 DRG 811R Polikliniske urologiske tiltak på sykehus, hovedsakelig diagnostiske. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 192 DRG 911C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende oppfølging av nyretransplanterte. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 193 DRG 911C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende oppfølging av nyretransplanterte. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



## Lungesykdommer

Sykdommer i åndedrettsorganene (HDG 4) stod for 3 % av polikliniske konsultasjoner på sykehus i 2010. De største undergrupper her er konsultasjoner for astma og bronkitt, KOLS, konsultasjoner vedrørende svulster, samt lungefunksjonsundersøkelser.

Omfanget av private avtalespesialister innen fagområdet lungesykdommer er beskjedent, og utgjøres av en 100 % hjemmel i indremedisin og lungesykdommer i Tromsø.

### Forklaring til figurene

ICD-10 kapitlet "Sykdommer i åndedrettssystemet" (N=24 533) omfatter også sykdommer i øvre luftveier, og har dermed en videre definisjon enn HDG 4 "Sykdommer i åndedrettsorganene" (N=13998), jfr. Tabell 11, side 115 i vedlegget. For å få en indikasjon på omfanget av konsultasjoner vedrørende sykdom i respirasjonsorganene (ekskl ØNH) hos private spesialister er utvalget her avgrenset til å gjelde hoveddiagnosene J12-J22, samt J40-J99<sup>34</sup>. Disse står for 66 % av hoveddiagnosene i HDG 4 (Sykdommer i åndedrettsorganene).

Figur 194 og Figur 195 viser absolutt (Figur 194) og relativ (Figur 195) fordeling av konsultasjoner med hoveddiagnose J12-J22 eller J40-J99 mellom sykehus og private spesialister, mens Figur 196-Figur 199 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner *på sykehus* for HDG 4 "Sykdommer i åndedrettsorganene" for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i nord.

Figur 196 viser konfidensintervall<sup>35</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater for HDG 4 på sykehus, mens Figur 197 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient. Under Figur 196 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for denne HDGen i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. Boområdet med tilgang på privat spesialist innen lungesykdommer er merket med en stjerne (\*). Figur 198 og Figur 199 viser hhv forskjell i forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene.

Polikliniske konsultasjoner vedrørende astma og bronkitt (DRG 904A), KOLS (904B) og lungefunksjonsundersøkelse (DRG 804R) topper lista over de vanligste DRGene, men fordelingen mellom disse DRGene avviker systematisk mellom boområder avhengig av om prosedyrekode for spirometri er kodet eller ikke<sup>36</sup>. Konsultasjonene er derfor fordelt etter de vanligste hoveddiagnosene i HDGen, og ikke etter DRGer. I Figur 200-Figur 203 vises absolutt og relativ fordeling av konsultasjoner for astma (Figur 200 og Figur 201) og KOLS (Figur 202 og Figur 203) etter behandler (sykehus eller private spesialist), mens det i Figur 204-Figur 207 presenteres forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient for astma (Figur 204 og Figur 205) og KOLS (Figur 206 og Figur 207) fordelt på vertskommune og andre kommuner.

Opgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i

---

<sup>34</sup> Følgende koder inngår i utvalget:

J12 (Viruspneumoni, ikke klassifisert annet sted), J13 (Pneumoni som skyldes *Streptococcus pneumoniae*), J14 (Pneumoni som skyldes *Haemophilus influenzae*), J15 (Bakteriell pneumoni, ikke klassifisert annet sted), J16 (Pneumoni som skyldes andre mikroorganismer, ikke klassifisert annet sted), J17 (Pneumoni ved sykdommer klassifisert annet sted), J18 (Pneumoni, uspesifisert mikroorganisme), J20 (Akutt bronkitt), J21 (Akutt bronkiolitt), J40-J47 (Kroniske sykdommer i nedre luftveier), J60-J70 (Lungesykdommer som skyldes ytre stoffer), J80-J84 (Andre luftveissykdommer med primær innvirkning på interstitium), J85-J86 (Purulente og nekrotiske tilstander i nedre luftveier), J90-J94 (Andre sykdommer i brysthinne) samt J95-J99 (Andre sykdommer i åndedrettssystemet).

<sup>35</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.

<sup>36</sup> 43 % av alle konsultasjoner med prosedyrekode for spirometri er registrert ved UNN Tromsø og UNN Harstad.

forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

### Resultater

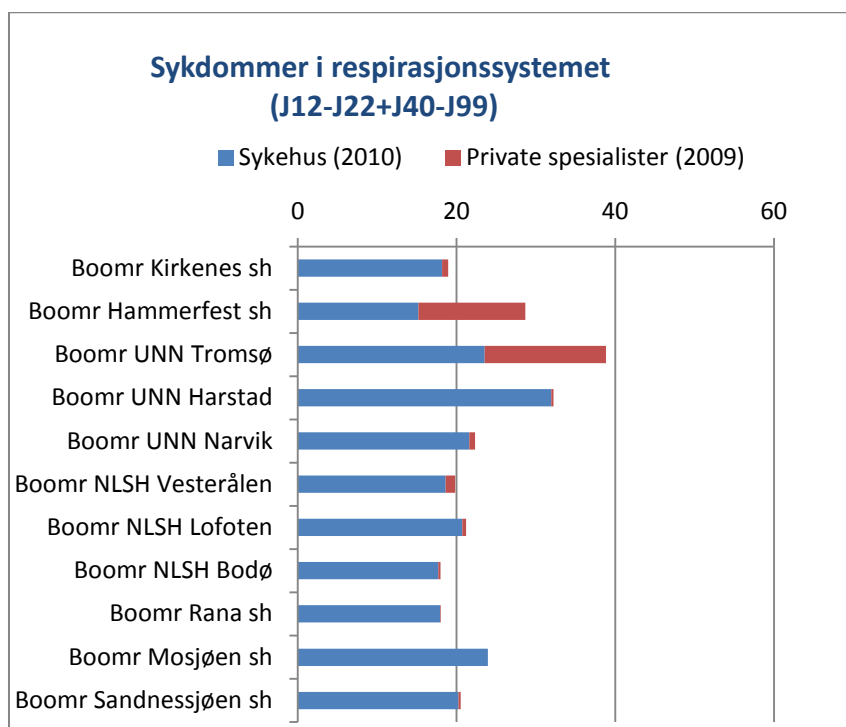
Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett finner vi den høyeste konsultasjonsraten for sykdom i respirasjonsorganene (hoveddiagnose J12-J22, samt J40-J99) i boområdet Tromsø, dernest boområdene Harstad og Hammerfest. Forbruksratene i boområdet Tromsø er mer dobbelt så høye som i boområdene Bodø og Rana.

Når aktivitet på sykehus studeres isolert, og sykdommer i åndedretsorganer defineres i tråd med DRG-klassifikasjonen, finner vi at bosatte i boområdet Harstad har dobbelt så høye forbruksrater sammenlignet med bosatte i boområdene Rana og Bodø. For bosatte i boområdet Hammerfest og Tromsø må imidlertid forbruk på sykehus ses i sammenheng med forbruket hos private spesialister.

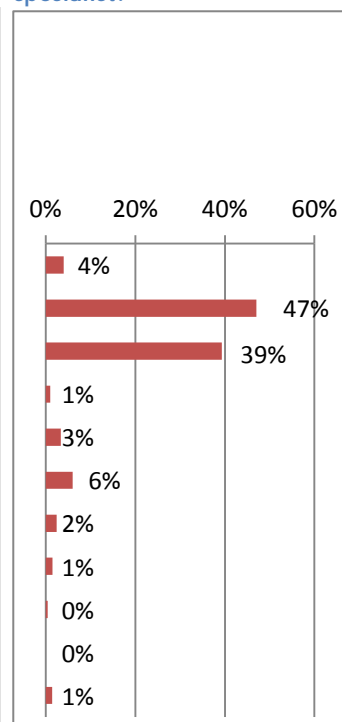
Størst variasjon finner vi for KOLS-pasienter (Figur 206 og Figur 207), som har 3 ganger høyere forbruksrater i boområdet Tromsø sammenlignet med boområdene Vesterålen og Rana. Vi finner også markert høyere konsultasjonsrater for KOLS i vertskommunene Tromsø og Vefsn sammenlignet med omkringliggende kommuner i disse boområdene.

Også for astma finner vi stor variasjon mellom boområder. Astma-pasienter bosatt i boområdet Harstad har 2-3 ganger høyere konsultasjonsrate enn bosatte i Kirkenes og Lofoten. Kun bosatte i boområdet Tromsø har forbruksrate på sammenlignbart nivå, for disse utgjør konsultasjoner hos private spesialister mer enn halvparten av forbruket. Boområder som ligger lavt er boområder der behandlingen i liten utstrekning skjer lokalt (Rana, Mosjøen, Lofoten og Vesterålen). For konsultasjoner vedrørende astma og bronkitt (Figur 204 og Figur 205) ser vi også en tendens til at bosatte i vertskommuner har høyere konsultasjonsfrekvens enn bosatte i andre boområder.

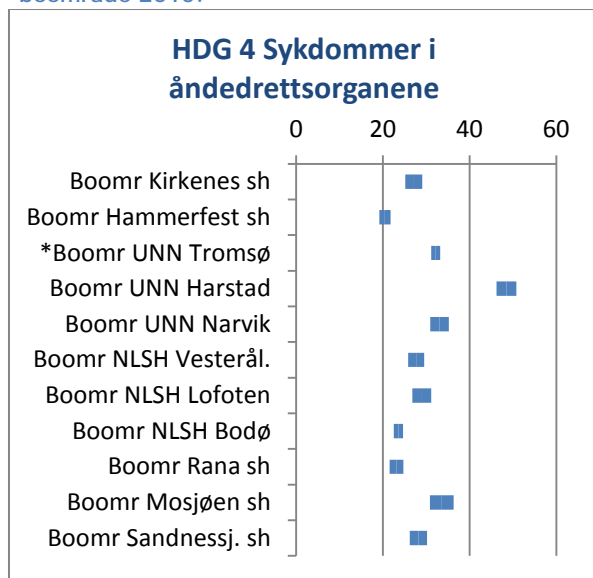
Figur 194 Sykdommer i respirasjonssystemet (hoveddiagnose J12-J22, samt J40-J99), etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.



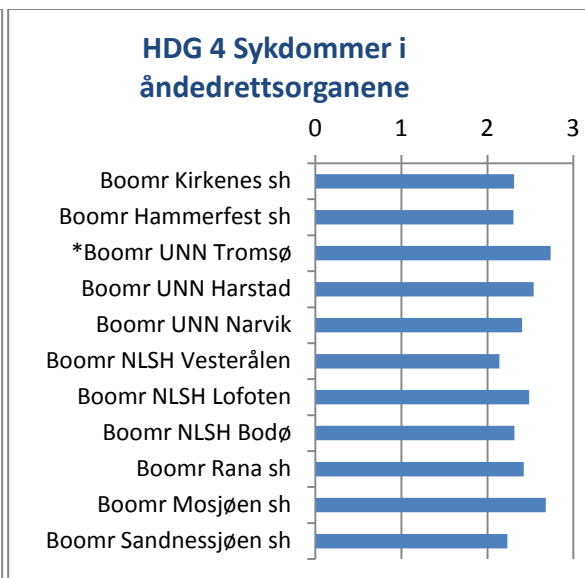
Figur 195 Sykdommer i respirasjonssystemet (hoveddiagnose J12-J22, samt J40-J99). Andel behandlet hos privat spesialist.



Figur 196 HDG 4 Sykdommer i åndedrettsorganene behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



Figur 197 HDG 4 Sykdommer i åndedrettsorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.

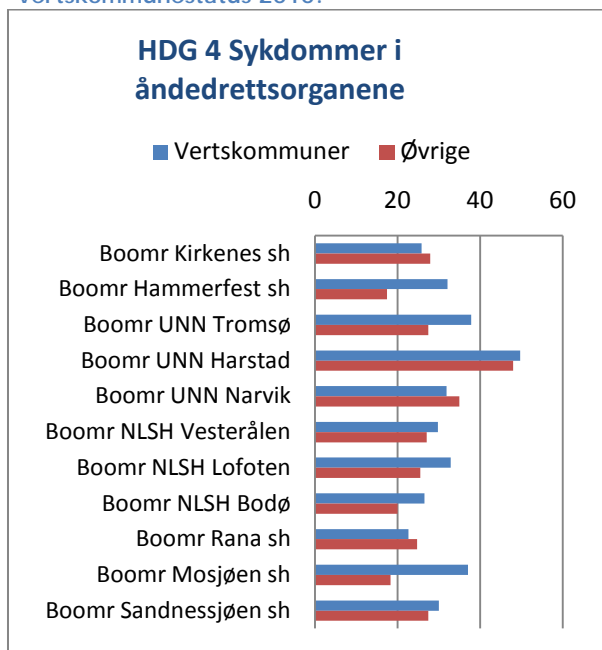


N=13998 (min 584, max 3898)

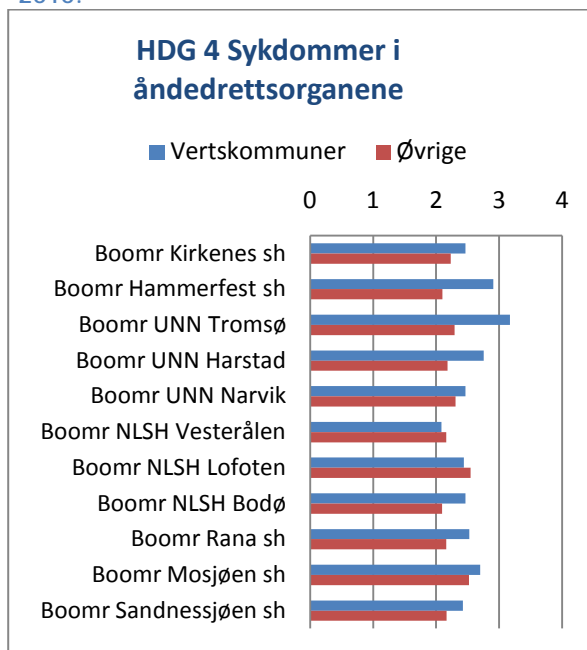
\*Boområde m/ privatpraktiserende avtalespesialist

Korrelasjon: 0,49

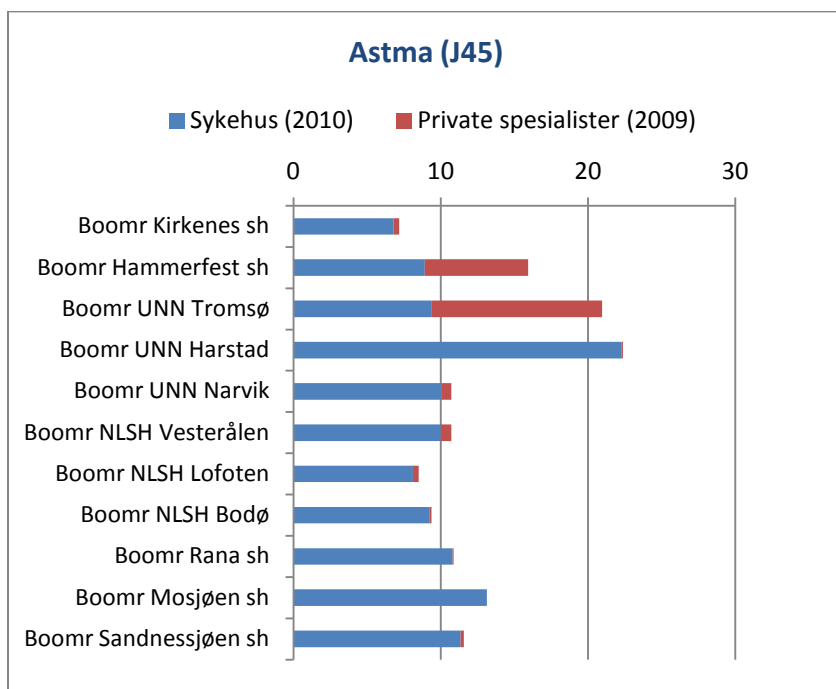
Figur 198 HDG 4 Sykdommer i åndedrettsorganene behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Figur 199 HDG 4 Sykdommer i åndedrettsorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.

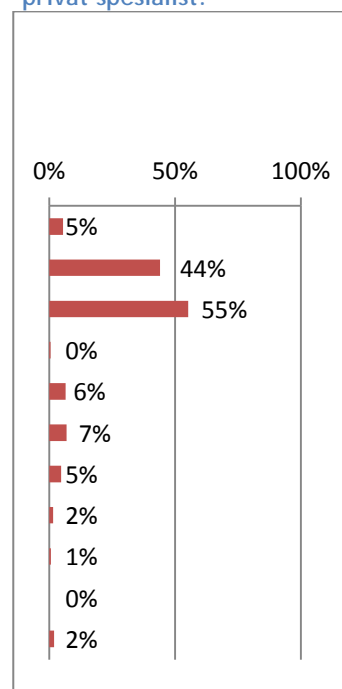


Figur 200 Hoveddiagnose J45 Astma etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.



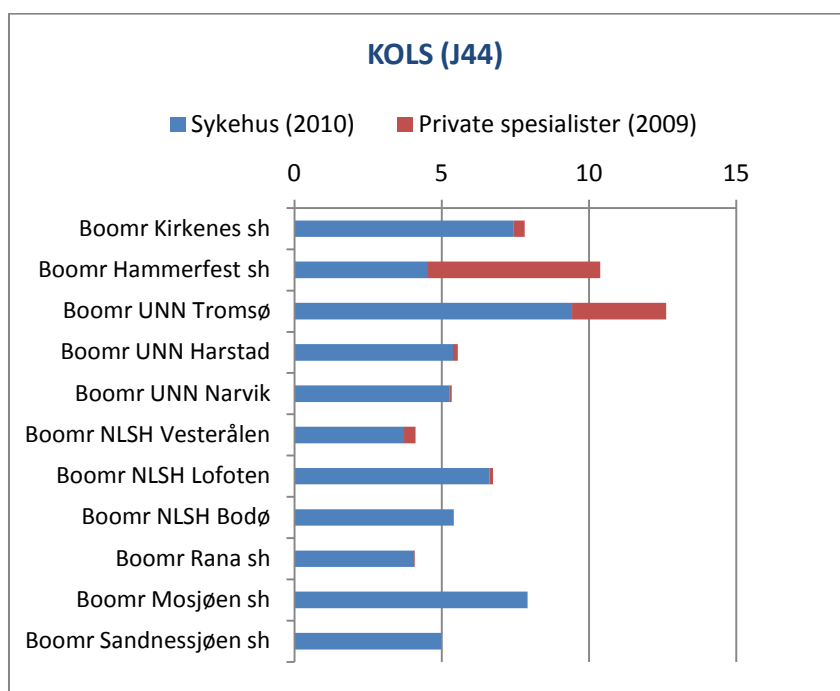
N=6643 (min 181, max 2544)

Figur 201 Hoveddiagnose J45 Astma. Andel behandlet hos privat spesialist.



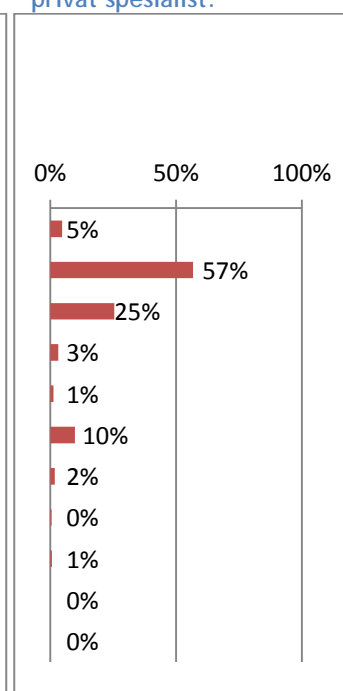


Figur 202 Hoveddiagnose J44 KOLS etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

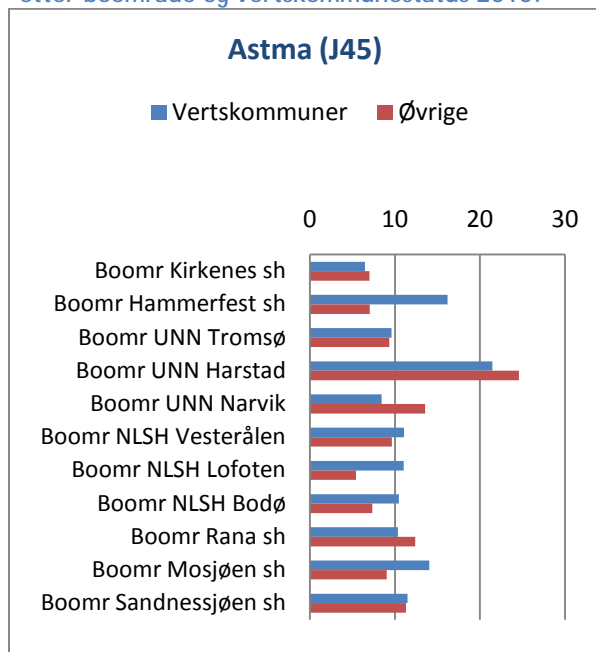


N=3843 (min 145, max 1506)

Figur 203 Hoveddiagnose J44 KOLS. Andel behandlet hos privat spesialist.

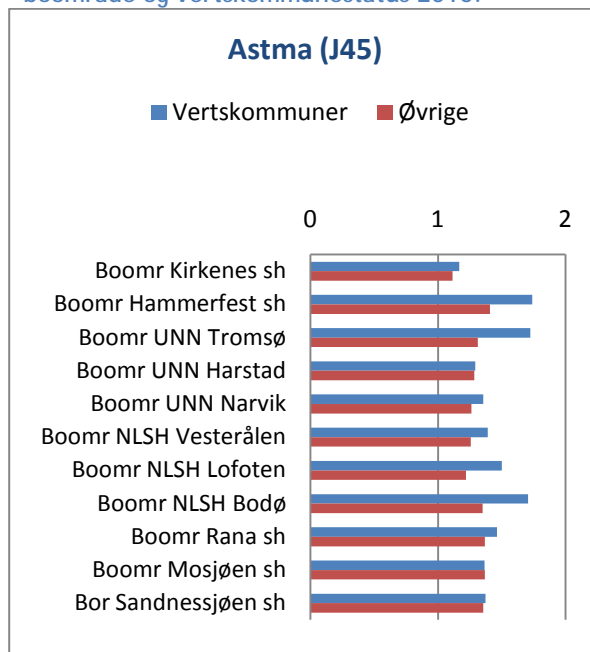


Figur 204 Hoveddiagnose J45 Astma behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



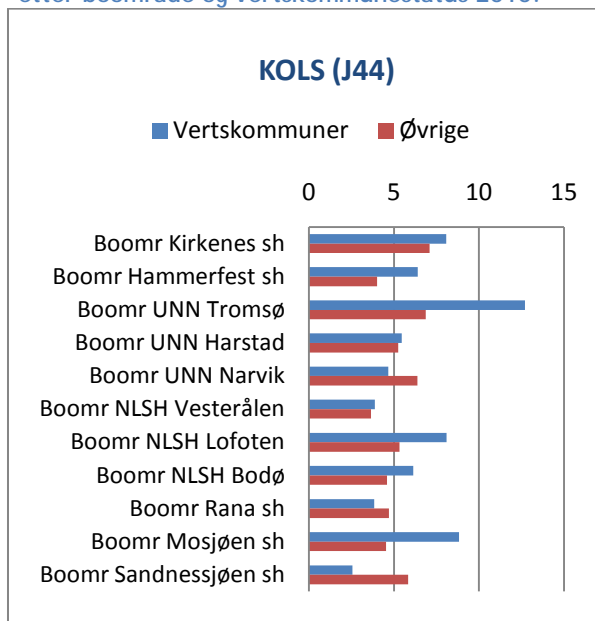
N=4821 (min 171, max 1139)

Figur 205 Hoveddiagnose J45 Astma behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



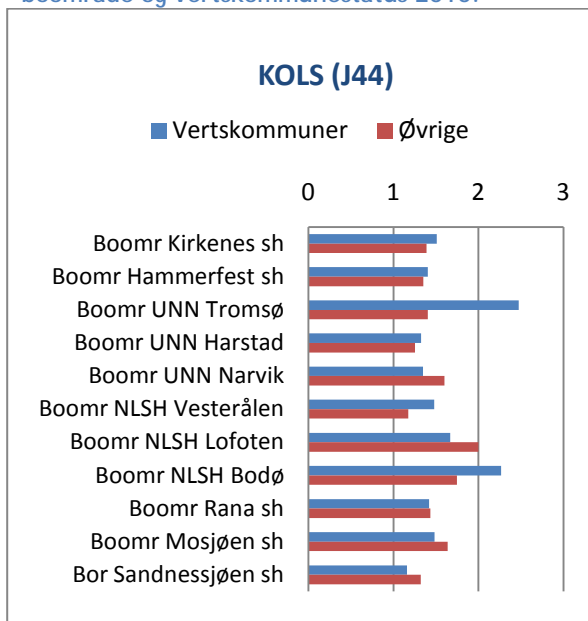
Korrelasjon: -0,15

Figur 206 Hoveddiagnose J44 KOLS behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010.



N=3154 (min 131, max 1125)

Figur 207 Hoveddiagnose J44 KOLS behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010.



Korrelasjon: 0,53

## Nærmere om svulster (kreft)

Kreftsykdom er ikke egen kategori i DRG-klassifikasjonen, men fordeles i de ulike HDG-gruppene etter organtilhørighet. Kreftsyke har dermed indirekte vært med i omtalen av de HDGene som er gjennomgått tidligere. Pasienter med kreftsykdom har imidlertid ikke stort nok volum til at de dominerer innenfor hvert av organkapitlene, og har derfor vært lite belyst i gjennomgangen så langt. Vi benytter derfor i dette avsnittet inndelingen i ICD-10-kodeverket til å studere kreftområdet nærmere. Kreftkonsultasjoner er her definert som konsultasjoner i ICD-10 kapitlet "Svulster"<sup>37</sup>, samt konsultasjoner med hoveddiagnose Z08 (Etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst), når eventuell bidiagnose er en svulstdiagnose.

Den største undergruppen er etterundersøkelser (hoveddiagnose Z08) som utgjør 20 % av konsultasjonene. Deretter følger hudkreft (16%), svulst i fordøyelsesorganer (10%), myeloproliferative sykdommer (9%), sykdommer i mannlige kjønnsorganer (9%) og sykdommer i bryst (8 %).

Kreftsykdom dominerer HDG 30 (Sykdommer i bryst) og HDG 17 (Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster) og omtales derfor til slutt i dette avsnittet. Ondartede svulster i mannlige kjønnsorganer omtales under HDG 12 (Sykdommer i mannlige kjønnsorganer), side 97.

## Leserveiledning / Forklaring til figurene

Figur 208 og Figur 209 viser absolutt (Figur 208) og relativ (Figur 209) fordeling av konsultasjoner innen ICD-10 kapitlet "Svulster", inkludert etterundersøkelse etter ondartet svulst (hoveddiagnose Z08), mellom sykehus og private spesialister. Figur 210-Figur 214 viser forbruk av polikliniske konsultasjoner på sykehus for ICD-10 kapitlet "Svulster" med tillegg av etterundersøkelser etter ondartet svulst (Z08) for befolkningen i hvert av lokalsykehusområdene i nord. Figur 210 viser

<sup>37</sup> Inkluderer både ondartede og godartede svulster, samt svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial.

konfidensintervall<sup>38</sup> for alders- og kjønnsjusterte forbruksrater på sykehus, mens Figur 211 viser antall sykehuskonsultasjoner per pasient. Under Figur 210 oppgis totalt antall konsultasjoner (N) på sykehus for kreftpasienter i 2010, samt minste og største verdi for antall sykehuskonsultasjoner per boområde. Figur 212 og Figur 213 viser hhv forskjell i forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene, og i Figur 214 vises forbruksratene fordelt på de største HDGene. Figur 215 og Figur 216 viser hhv forskjell i forbruksrater på sykehus og antall sykehuskonsultasjoner per pasient mellom vertskommune og andre kommuner i de enkelte boområdene for sykdommer i bryst, mens Figur 217 og Figur 218 viser tilsvarende figurer for myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster.

Oppgitt korrelasjonskoeffisient angir grad av samvariasjon mellom forbruksrater og antall konsultasjoner per pasient. En høy koeffisient (verdi nær 1) indikerer at forskjell i forbruksrater forklares av forskjell i antall konsultasjoner per pasient. En lav korrelasjonskoeffisient (verdi nær null) indikerer at man må lete etter andre årsaker til forskjell i forbruksrater.

## Resultater

Konsultasjoner relatert til kreftsykdom (slik disse er definert over) stod for ca 7 % av polikliniske konsultasjoner på sykehus for bosatte i Helse Nord i 2010.

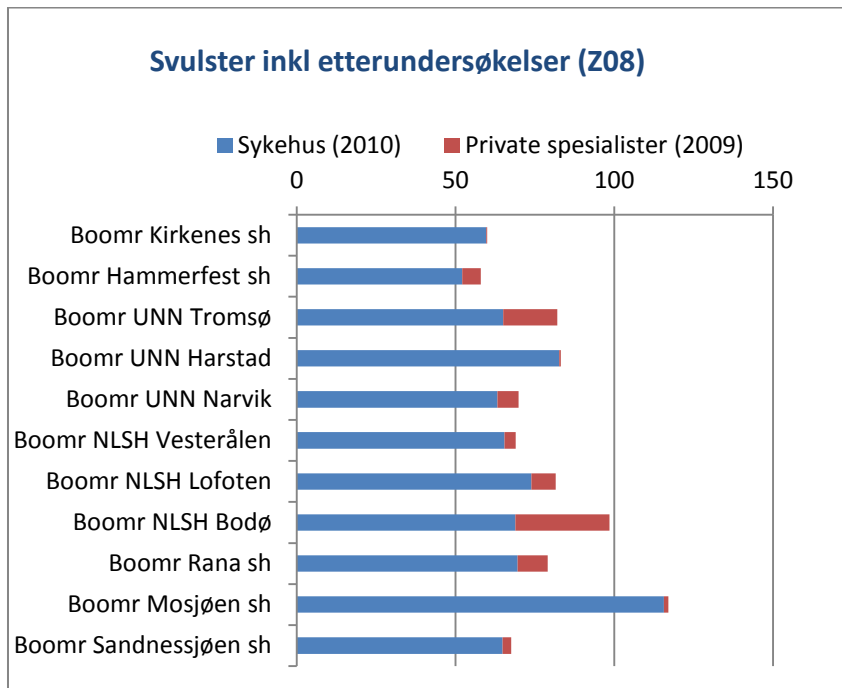
Boområdet Mosjøen har flest kreftkonsultasjoner per 1000 innbygger, uavhengig av om konsultasjoner hos private spesialister inkluderes eller ikke. Forbruksraten er dobbelt så høy i Mosjøen sammenlignet med bosatte i Finnmark. Høy forbruksrate på sykehus korresponderer med flere sykehuskonsultasjoner per pasient ( $r=0.86$ ). Størst forbrukskontraster finner vi for hudkreft, der bosatte i boområdet Mosjøen har 6 ganger høyere forbruksrate sammenlignet med boområdet Bodø.

Vi finner også den mest markerte vertskommuneeffekten i boområdet Mosjøen, her har bosatte i vertskommunen 160% høyere konsultasjonsrate enn bosatte i omkringliggende kommuner. Det er også en tendens til at bosatte i en del andre vertskommuner har flere etterundersøkelser på sykehus enn bosatte i de omkringliggende kommunene (bl.a. gjelder dette Harstad og Mo i Rana).

---

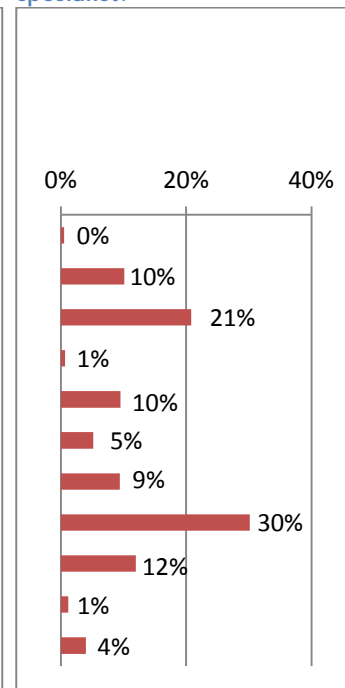
<sup>38</sup> Konfidensintervallet angir feilmarginen/usikkerheten i beregning av rater, og viser intervallet som med en sannsynlighet på 95 % inneholder den sanne forbruksraten. Et vidt intervall (i vår figur som en bred boks) er m.a.o. forbundet med mer usikkerhet enn et smalt intervall.

Figur 208 Svulster inkl etterundersøkelser (Z08) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009.

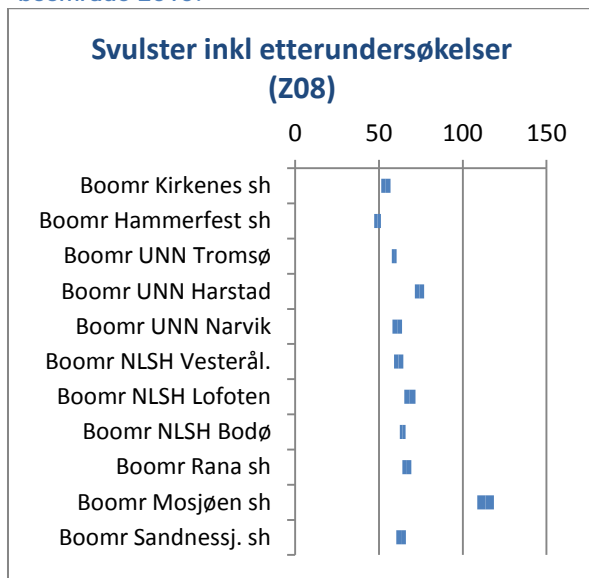


N=39351 (min 1637, max 9998)

Figur 209 Svulster inkl etterundersøkelser (Z08). Andel behandlet hos privat spesialist.

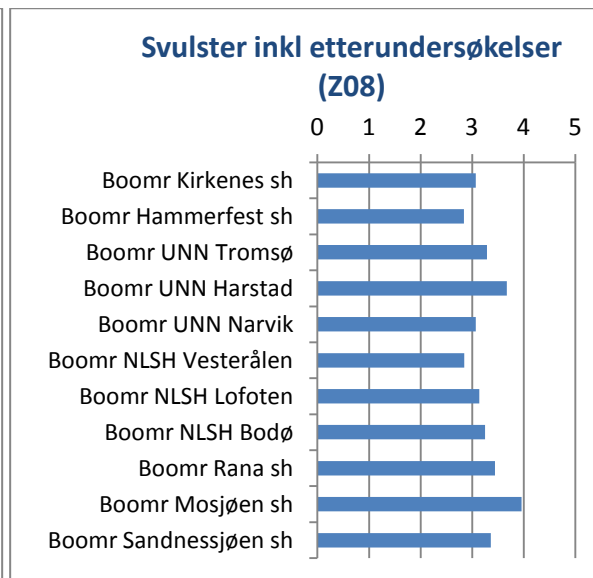


Figur 210 Svulster inkl etterundersøkelser (Z08) behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010.



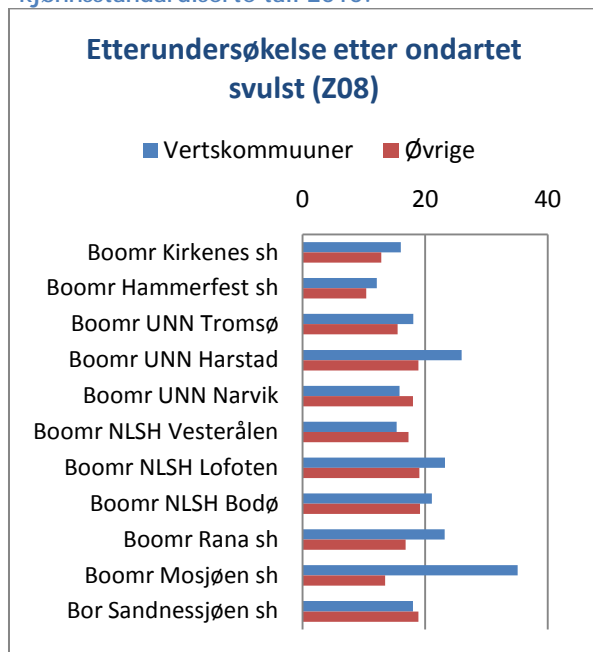
N=33556 (min 1629, max 7923)

Figur 211 Svulster inkl etterundersøkelser (Z08) behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010.



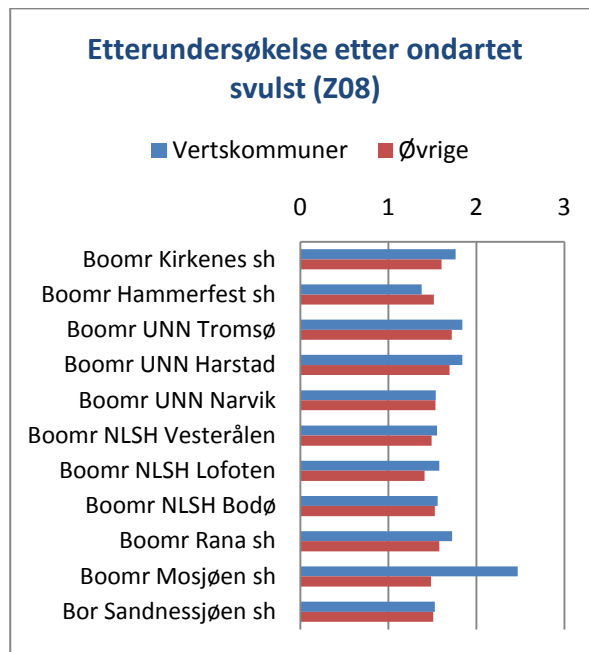
Korrelasjon: 0,86

Figur 212 Etterundersøkelse etter ondartet svulst (hoveddiagnose Z08) behandlet på sykehus. Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde og vertskommunestatus. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010.



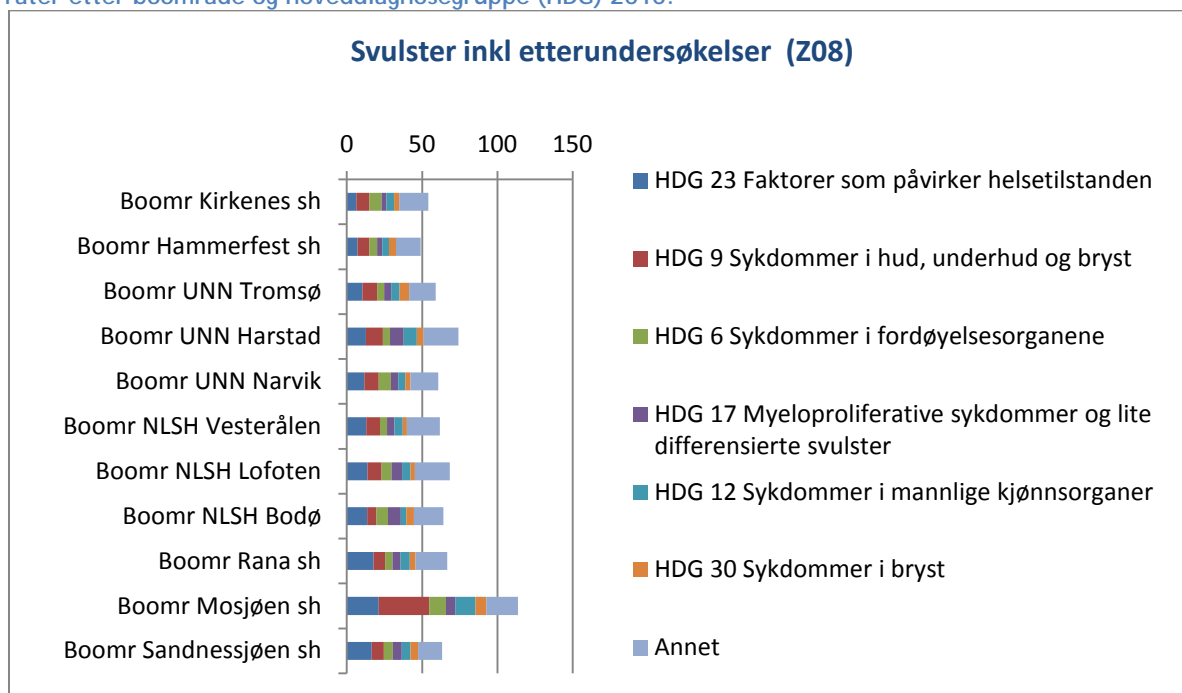
N=9097 (min 383, max 2026)

Figur 213 Etterundersøkelse etter ondartet svulst (hoveddiagnose Z08) behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus. Bosatte Helse Nord 2010.



Korrelasjon: 0,75

Figur 214 Svulster inkl etterundersøkelser (Z08) behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og hoveddiagnosegruppe (HDG) 2010.

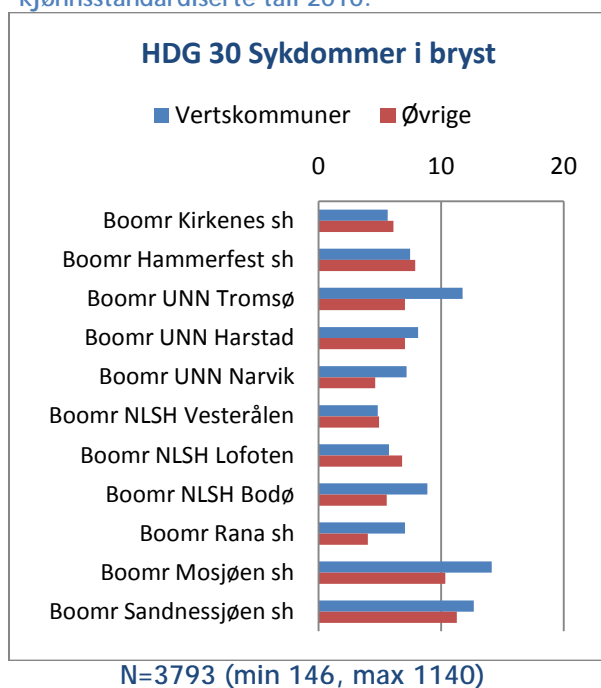


## Sykdommer i bryst (HDG 30)

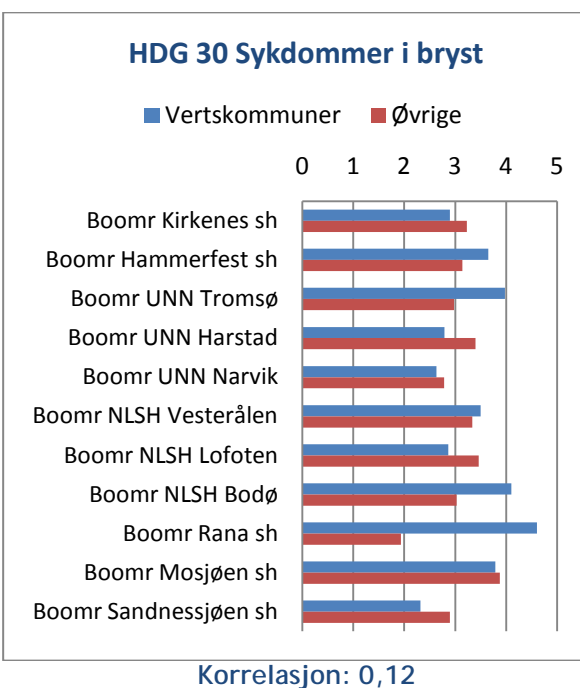
Ondartet svulst i bryst (55 %) og N60-N64 Lidelser i bryst (26 %, herunder hypertrofi av bryst, og uspesifisert klump i bryst) er de største undergrupper i denne HDGen.

Forbruksratene for denne HDGen varierer med en faktor på 2.7, med høyest rater i boområdet Mosjøen og lavest rater i boområdet Vesterålen. Vi finner ingen korrelasjon mellom forbruksrater og konsultasjonsfrekvens. Vi finner ingen gjennomgående vertskommuneeffekt, men eksempler på dette i noen boområder (Mosjøen (+37 %), Tromsø (+67 %)), Bodø (+60%), Narvik (+55%) og Rana (+76%, særlig markert for konsultasjonsfrekvens).

Figur 215 HDG 30 Sykdommer i bryst behandlet på sykehus. Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde og vertskommunestatus. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010.



Figur 216 HDG 30 Sykdommer i bryst behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus. Bosatte Helse Nord 2010.

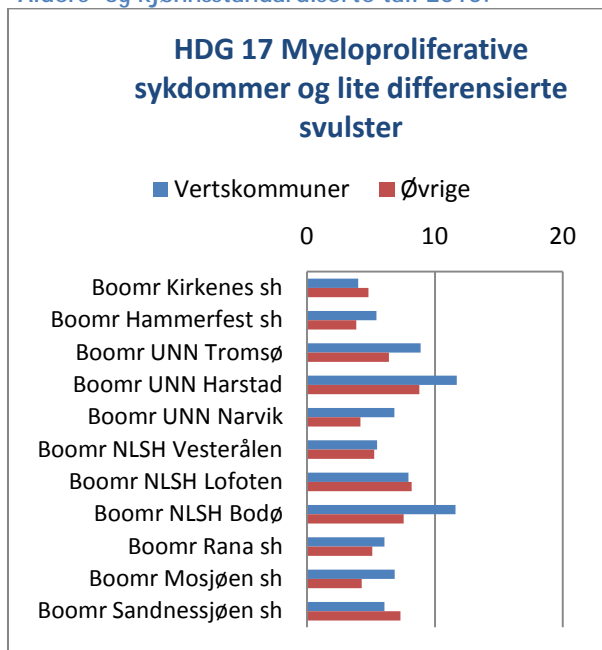


## Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster (HDG 17)

Lymfom (26 %), leukemi (18 %) og myelomatose (17 %) er de største undergruppene i denne HDGen.

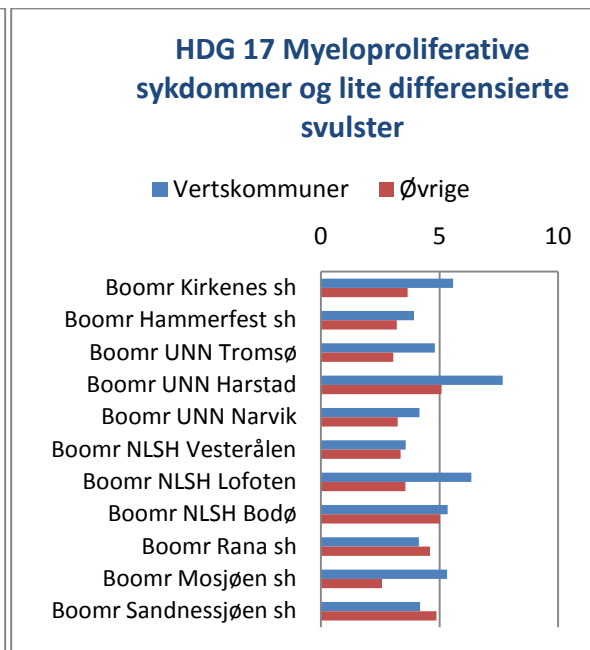
Forbruksratene for myeloproliferative sykdommer varierer med en faktor på 2.5 mellom boområdene. Befolkningen i boområdet til Harstad sykehus har den høyeste raten og befolkningen i boområdet til Hammerfest sykehus den laveste. Vi finner en sterk korrelasjon mellom forbruksrater og konsultasjonsfrekvens. Vi finner ingen gjennomgående vertskommuneeffekt, men eksempler på dette i noen boområder (Bodø (+54%), Harstad (+33%), Tromsø (+38 %) og Mosjøen (+60 %)). Det må bemerkes at ratene for denne HDGen er basert på små tall; for seks av boområdene er ratene beregnet ut fra færre en 30 personer.

Figur 217 HDG 17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster behandlet på sykehus. Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde og vertskommunestatus. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010.



N=3581 (min 119, max 925)

Figur 218 HDG 17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus. Bosatte Helse Nord 2010.



Korrelasjon: 0,87

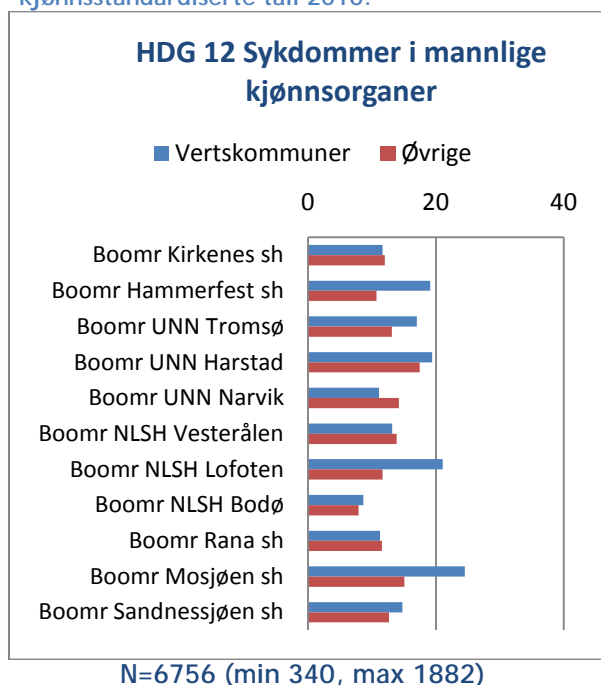
## Sykdommer i mannlige kjønnsorganer (HDG 12)

N40-N51 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer (særlig prostatahyperplasi) står for 45 % av konsultasjonene i denne HDGen, mens C60-C63 Ondartede svulster i mannlige kjønnsorganer (i hovedsak ondartet svulst i blærehalskjertel) står for 39 % av konsultasjonene.

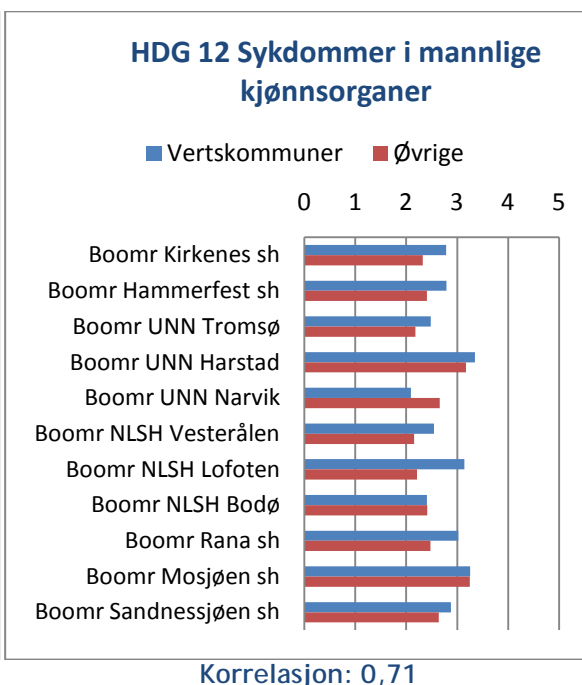
Det redegjøres ikke spesielt for aktiviteten hos private spesialister for denne sykdomsgruppen da C60-C63 Ondartede svulster i mannlige kjønnsorganer (39 %) ble behandlet i avsnittet Nyre- og urinveissykdommer.

Forbruksratene for denne HDGen varierer med en faktor på 2.7. Høyest forbruk har befolkningen i boområdet til Mosjøen sykehus og lavest forbruk har befolkningen i boområdet til Nordlandssykehuset Bodø. Vi finner en forholdsvis sterk korrelasjon mellom forbruksrater og konsultasjonsfrekvens ( $r=0.71$ ). Sterkest vertskommuneeffekt finner vi i boområdene Mosjøen (+78%), Lofoten (+80 %) og Hammerfest (+78 %).

Figur 219 HDG 12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde og vertskommunestatus. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010.



Figur 220 HDG 12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus. Bosatte Helse Nord 2010.



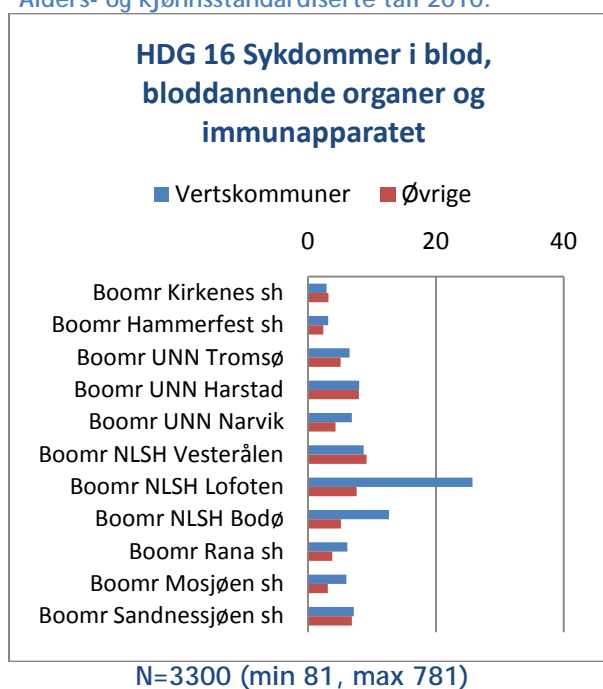


## Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparatet (HDG 16)

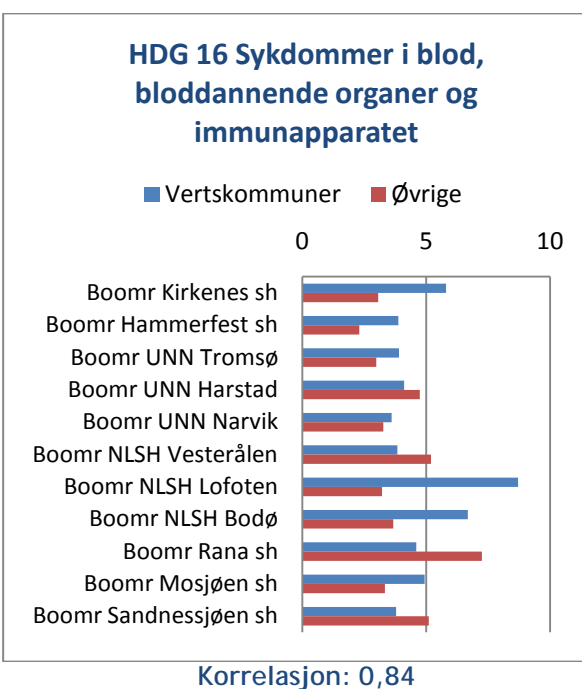
Jernmangelanemi, forstørrede lymfeknuter og svulster med ukjent malignitetspotensial utgjør de største undergruppene i denne HDGen.

Vi finner store kontraster i forbruksrater for denne sykdomsgruppen. Ratene varierer med en faktor på 6.3. Det høyeste forbruket har befolkningen i boområdet til Lofoten sykehus og det laveste har befolkningen i boområdet til Hammerfest sykehus. Vi finner en sterk korrelasjon mellom forbruksrater og konsultasjonsfrekvens ( $r=0.84$ ). Vi finner ingen gjennomgående vertskommuneeffekt, men den er uttalt i noen boområder (Lofoten (+237%) og Bodø (+145%). Det må bemerkes at ratene for denne HDGen er basert på små tall; for syv av boområder er ratene beregnet ut fra færre enn 30 personer.

Figur 221 HDG 16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparatet behandlet på sykehus. Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde og vertskommunestatus. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010.



Figur 222 HDG 16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparatet behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus. Bosatte Helse Nord 2010.



## Oppsummering av noen hovedtrekk per sykehusboområde

### Boområde Kirkenes

Det er ingen aktive hjemler for private avtalespesialister i opptaksområdet til Kirkenes sykehus. Gjengitte forbruksrater for sykehusbruk gjenspeiler derfor i hovedsak det faktiske forbruket av polikliniske tjenester (98 %).

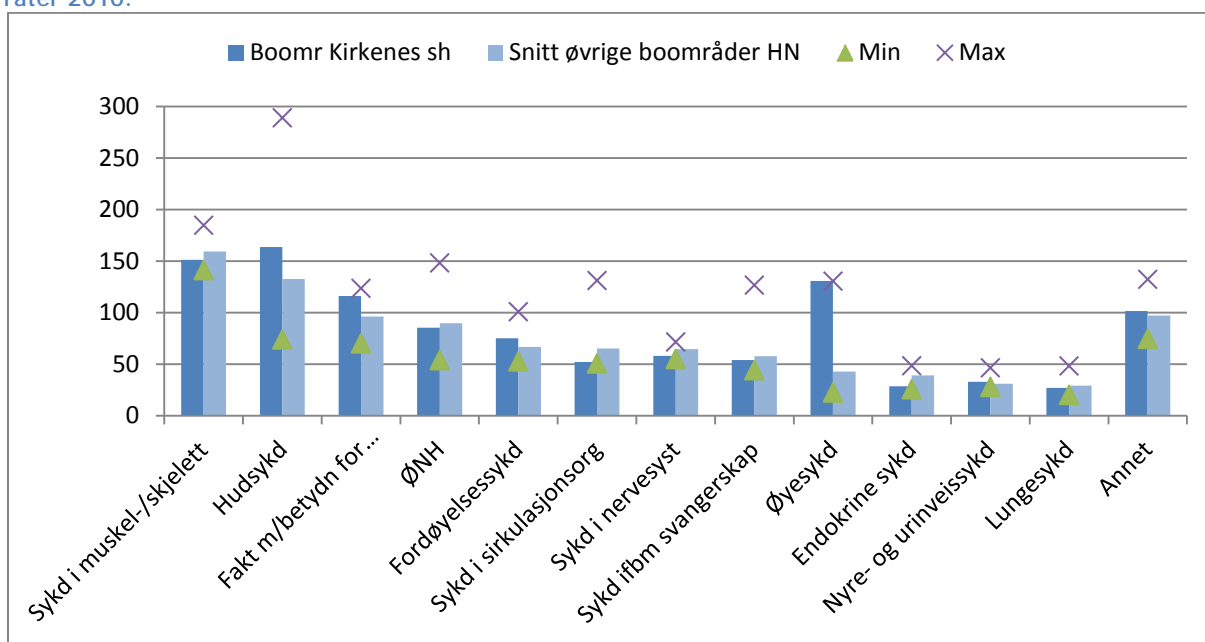
### Samlet forbruk (sykehus og private spesialister), ICD-10-klassifikasjon

Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og sykdomsområdet defineres i henhold til ICD-10-kodeverket, har boområdet Kirkenes de laveste konsultasjonsratene i Helse Nord både for kreftsykdom, sykdommer i respirasjonssystemet og sykdommer i øre. Boområdet har også den laveste forbruksraten for ultralyd av gravid livmor i Helse Nord. For endoskopi av nedre urinveier har boområdet de høyeste forbruksratene i Helse Nord, mer enn dobbelt så høy sammenlignet med boområdet Tromsø.

### Forbruk på sykehus, DRG-klassifikasjon

Figur 223 viser standardiserte forbruksrater på sykehus per hoveddiagnosegruppe (HDG) når boområde Kirkenes sammenlignes med gjennomsnittet for de øvrige boområdene i Helse Nord. I tillegg vises tegn ( $\Delta$ ,  $\times$ ) for minimums- og maksimumsverdi for standardiserte rater blant boområdene i Helse Nord.

Figur 223 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Kirkenes versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene i Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010.



Befolkningen i opptaksområdet til Kirkenes sykehus har høye forbruksrater på sykehus for øyesykdommer sammenliknet med den øvrige befolkningen i Helse Nord, men dette må ses i sammenheng med tilgang på private spesialister i andre boområder. Boområdet Kirkenes har imidlertid høye forbruksrater innen øyesykdommer også når vi sammenligner med boområder uten tilgang til private avtalespesialister (Harstad). Til tross for dette har Kirkenes sykehus høyest andel fristbrudd for polikliniske pasienter med rett til nødvendig helsehjelp nettopp for denne pasientgruppen, jfr. Tabell 15, side 122.

Befolkningen i Kirkenes-området har også høyere forbruksrate for generell undersøkelse av personer uten symptomer/kjent diagnose (hoveddiagnose Z00, Z01 eller Z03), men bildet modereres når tall for private spesialister inkluderes. Bosatte i dette boområdet har også høyere forbruksrate for

artrose sammenlignet med bosatte i andre boområder, samt høyere konsultasjonsfrekvens for lysbehandling.

For astma og bronkitt, epilepsi og hypertensjon har befolkningen i Kirkenes-området de laveste konsultasjonsratene i Helse Nord. Sammenlignet med andre boområder uten privat spesialistpraksis har bosatte i boområdet Kirkenes og lave konsultasjonsrater for ØNH-lidelser.

Vi finner en uttalt vertskommuneeffekt for mange fagområder, dvs. høyere forbruk hos befolkningen i Sør-Varanger enn i de øvrige kommunene i boområdet til Kirkenes sykehus. Dette gjelder bl.a. for fagområdene "Faktorer som påvirker helsetilstanden" (+146 %), sykdommer under svangerskap (+70 %), hudsykdommer (+70 %) samt indresekretoriske og endokrine sykdommer (+66 %). For kapitlene "Faktorer som påvirker helsetilstanden" og hudsykdommer tilsvarer forbruket hos befolkningen i Sør-Varanger ca 100 ekstra konsultasjoner per 1000 innbygger sammenlignet med omkringliggende kommuner.

Boområdet Kirkenes har lavest antall konsultasjoner per pasient per år for sykdomsområdene astma/bronkitt, smerte i mageregionen samt fedme.

## Boområde Hammerfest

Befolkningen i Hammerfestområdet har et langt større forbruk hos private avtalespesialister enn befolkningen i Kirkenes-området. Private spesialister står for 19 % av samlet forbruk av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner, herav 6 % i vertskommunen Hammerfest og 24 % i de øvrige kommunene i sykehusområdet. De private spesialistene i Hammerfest boområde er lokalisert i Alta, Karasjok og Porsanger. Totalt forbruk i gruppen "øvrige" er dermed underestimert.

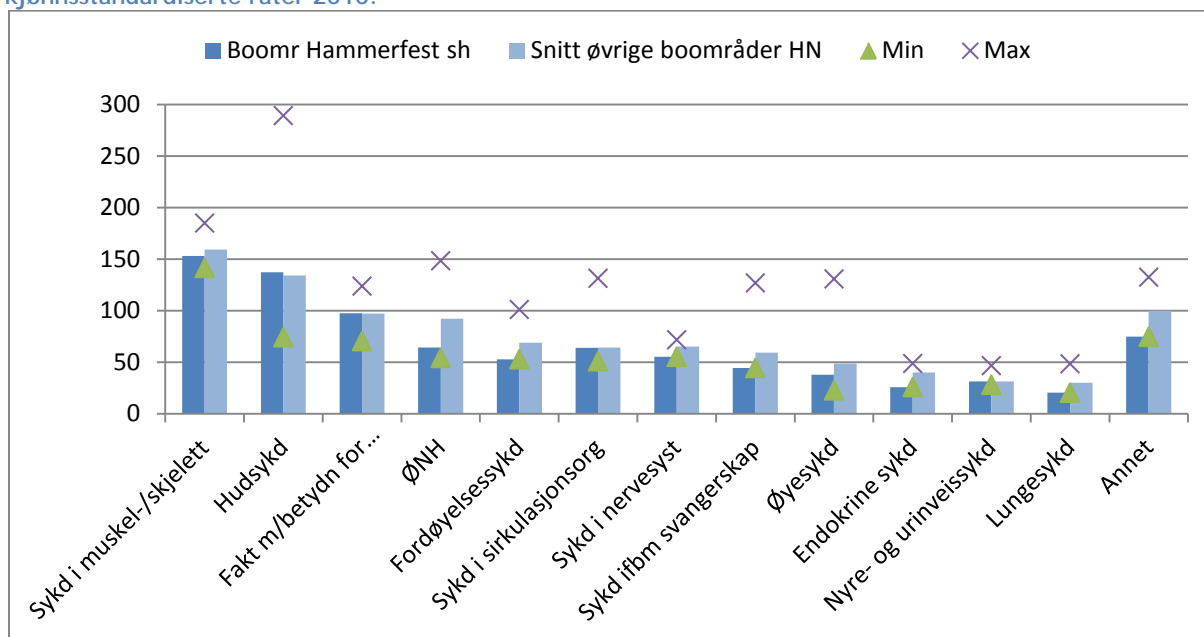
### Samlet forbruk (sykehus og private spesialister), ICD-10-klassifikasjon

Boområdet Hammerfest har, sammen med boområdet Mosjøen, de laveste forbruksratene for øyesykdommer i Helse Nord, når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett. Boområdet har også de laveste forbruksratene i Helse Nord når det gjelder konsultasjoner vedrørende endokrine sykdommer og ernærings sykdommer, samt sykdommer i fordøyelsessystemet (herunder lave forbruksrater for koloskopi) i Helse Nord. Boområdet har også de laveste forbruksratene i Helse Nord når det gjelder svangerskapskonsultasjoner, ca 1/3-del av konsultasjonsraten i boområdet Mosjøen.

### Forbruk på sykehus, DRG-klassifikasjon

Ser vi isolert på sykehuskonsultasjoner har befolkningen i opptaksområdet til Hammerfest sykehus de laveste forbruksratene på sykehus i Helse Nord for mange av sykdomsområdene, herunder fordøyelsessykdommer, sykdommer i nervesystemet, sykdommer under svangerskap, indresekretoriske og endokrine sykdommer og åndedrettssykdommer. Figur 224 viser standardiserte forbruksrater på sykehus per hoveddiagnosegruppe (HDG) for befolkningen i boområde Hammerfest sammenlignet med gjennomsnittet for øvrige boområder i Helse Nord. I tillegg vises tegn ( $\Delta$ ,  $\times$ ) for minimums- og maksimumsverdi for standardiserte forbruksrater blant boområdene i Helse Nord.

Figur 224 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Hammerfest versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene i Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010.



Vi finner en markert vertskommuneeffekt for de fleste sykdomsområdene, sterkest uttalt for øyesykdommer (+138 %), sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer (+122 %), konsultasjoner i forbindelse med svangerskap, herunder ultralyd (+ 84 %), sykdommer i åndedretsorganer (+84 %) mm. Dette må imidlertid ses i sammenheng med tilgang på private spesialister i omkringliggende kommuner.

Befolkningen i Hammerfest boområde har markert høyere forbruksrater for endoskopi av nedre urinveier sammenlignet med andre boområder, særlig gjelder dette for bosatte i Hammerfest kommune. Dette korresponderer med høyere konsultasjonsfrekvens, dvs. flere konsultasjoner per pasient per år.

Befolkningen i boområde Hammerfest har lavere rater enn andre boområder for etterundersøkelse etter ondartet svulst, svangerskapskontroller uten ultralyd, konsultasjoner vedrørende smerterelaterte tilstander (nevrologi), samt for atrieflimrer og andre rytme- og ledningsforstyrrelser.

Boområdet har lavere konsultasjonsfrekvens enn andre boområder for fysiologiske hjerteundersøkelser, koloskopi, gastrokopi, epilepsi og artrose.

## Boområde UNN Tromsø

28 % av polikliniske konsultasjoner for befolkningen i opptaksområdet til UNN Tromsø foregår hos private avtalespesialister, og innen Helse Nord har bare Bodø-området en høyere andel enn dette (34 %). Forbrukstall for sykehus alene gjenspeiler derfor ikke det faktiske forbruket. Andel konsultasjoner hos private avtalespesialister er imidlertid lik for befolkningen i vertskommunen Tromsø og i de øvrige kommunene i boområdet.

## Samlet forbruk (sykehus og private spesialister), ICD-10-klassifikasjon

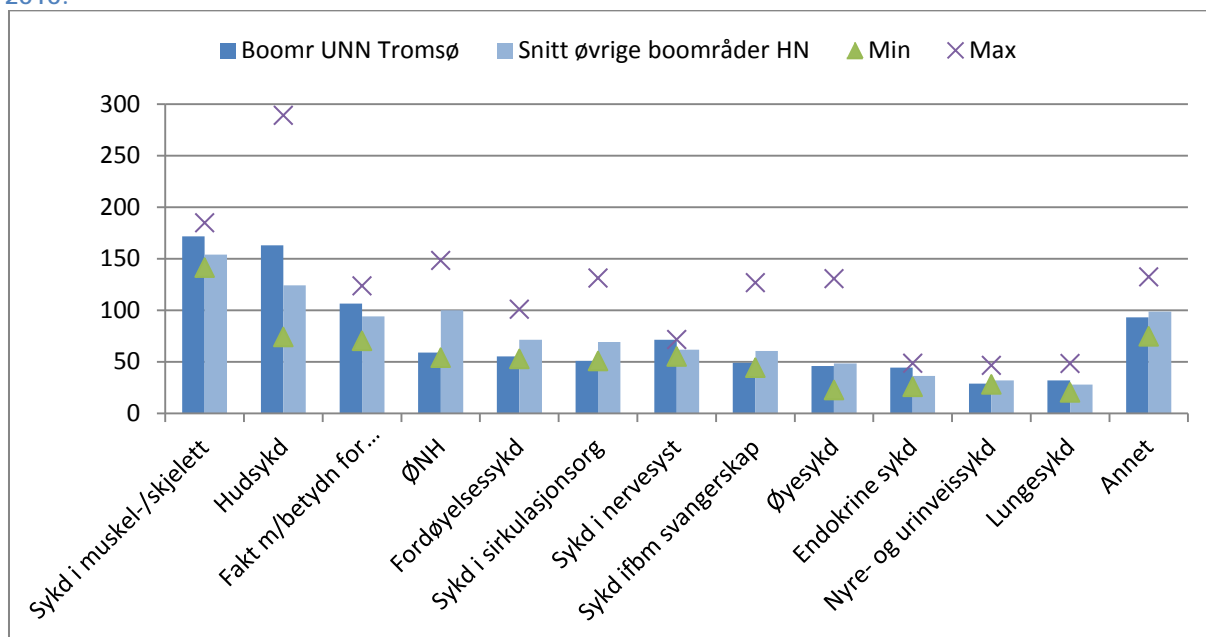
Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og muskel-/skjelettsykdommer defineres i henhold til ICD-10-kodeverket, har boområdet Tromsø de høyeste forbruksratene i Helse Nord, 44 % over forbruksraten i boområdet Sandnessjøen. Boområdet har også de høyeste konsultasjonsratene for sykdom i respirasjonsorganene (hoveddiagnose J12-J22, J40-J99), dobbelt så høyt forbruk som i boområdene Bodø og Rana. For KOLS finner vi en markert høyere

konsultasjonsfrekvens (+85 %) for bosatte i Tromsø kommune sammenlignet med omkringliggende kommuner. Videre finner vi i boområdet Tromsø også de høyeste forbruksratene når det gjelder grå stær (3.5 ganger høyere enn i boområdet Mosjøen). Denne aktiviteten foregår i all hovedsak hos private spesialister (88 %).

#### Forbruk på sykehus, DRG-klassifikasjon

Figur 225 viser standardiserte forbruksrater på sykehus per hoveddiagnosegruppe (HDG) når boområdet Tromsø sammenlignes med gjennomsnittet for øvrige boområder i Helse Nord. I tillegg vises tegn ( $\Delta$ ,  $\times$ ) for minimums- og maksimumsverdi for standardiserte rater blant boområdene i Helse Nord.

Figur 225 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Tromsø versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010.



Ser vi isolert på sykehuskonsultasjoner har befolkningen i boområdet til UNN Tromsø de laveste forbruksratene for sykdommer i sirkulasjonssystemet i Helse Nord. Vi finner også de laveste ratene for tilpasning/kontroll av høreapparat, samt diagnostiske intervensjoner for ØNH-problemer, koloskopier, endoskopi av nedre urinveier, atrieflimmer, ultralyd av gravide, samt mindre hudskader i dette boområdet. For koloskopier og høreapparatkonsultasjoner skyldes det lave forbruket en avtalt arbeidsdeling i forhold til private avtalespesialister.

Befolkningen har høye forbruksrater hva gjelder konsultasjoner for aldersrelatert makuladegenerasjon og fedme.

Muskel-/skjelettlidelser peker seg ut som er område der befolkningen i boområdet til UNN Tromsø har høyere konsultasjonsfrekvens (flere konsultasjoner per år per pasient) enn bosatte i andre områder. Dette gjelder blant annet inflammatorisk leddsykdom, tendinitt/myositt/bursitt, smerterelaterte tilstander, sykdommer i nervesystemet uten signifikant prosedyre, samt MS. Boområdet har lavest kontaktfrekvens i Helse Nord for fysiologiske hjerteundersøkelser og diagnostiske urologiske tiltak.

For indresekretoriske og endokrine sykdommer har befolkningen i Tromsø kommune langt høyere forbruk (+106 %) enn befolkningen i øvrige kommuner i boområdet. Det samme gjelder sykdommer i bryst (+67 %) og konsultasjoner som faller inn under kapitlet "Faktorer med betydning for helsetilstanden" (+ 60 %). Den høyere forbruksraten for etterundersøkelser for befolkningen i Tromsø kommune tilsvarer 50 ekstra konsultasjoner per 1000 innbygger her sammenlignet med omkringliggende kommuner. For sykdommer i nervesystemet har befolkningen i Tromsø kommune mer enn 50 % økt konsultasjonsfrekvens sammenlignet med nabokommunene.

I Helse Nord-sammenheng ligger forbruksratene i boområdet også i øvre sjikt for kreftsykdom, øyesykdom, sykdommer i nervesystemet, samt utredninger/etterundersøkelser (eksklusive etterundersøkelse etter ondartet svulst og svangerskapskontroller).

## Boområde UNN Harstad

I boområdet til UNN Harstad er det et begrenset innslag av privatpraktiserende spesialister. Kun 5 % av de polikliniske konsultasjonene for befolkningen i dette området skjer hos private avtalespesialister og disse fordeler seg andelsmessig likt mellom vertskommune og øvrige kommuner. De observerte forbruksratene for befolkningen i UNN Harstad gjenspeiler derfor i hovedsak det faktiske forbruket, med unntak av området indremedisin/kardiologi.

### Samlet forbruk (sykehus og private spesialister), ICD-10-klassifikasjon

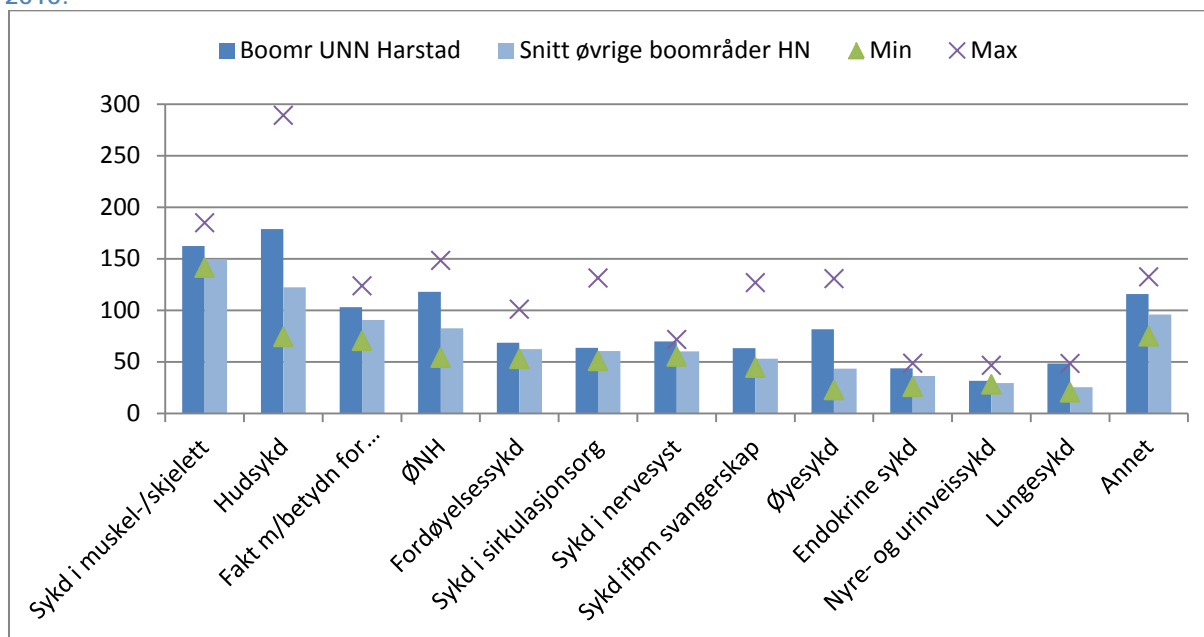
Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og sykdomsområdet avgrenses til hoveddiagnosene N00-N39, har bosatte i boområdene Harstad og Narvik de laveste forbruksratene for sykdommer i urin- og kjønnsorganer i Helse Nord (50 % av forbruket i boområdet Bodø).

For sykdom i respirasjonsorganene ligger forbruksraten i boområdet i øvre sjikt i Helse Nord.

### Forbruk på sykehus, DRG-klassifikasjon

Figur 226 viser standardiserte forbruksrater på sykehus per hoveddiagnosegruppe (HDG) når boområdet Harstad sammenlignes med gjennomsnittet for øvrige boområder i Helse Nord. I tillegg vises tegn ( $\Delta$ ,  $\times$ ) for minimums- og maksimumsverdi for de standardiserte ratene blant boområdene.

Figur 226 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Harstad versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010.



Ser vi isolert på sykehuskonsultasjoner finner vi at befolkningen i boområdet til UNN Harstad har de høyeste forbruksratene for sykdommer i åndedrettssystemet (lungesykdommer) i Helse Nord. Befolkningen i Harstad-området har også høye forbruksrater sammenlignet med andre for mindre hudskader, sykdommer i nervesystemet uten signifikant prosedyre, brudd og dislokasjoner, samt konsultasjoner vedrørende astma/bronkitt. Tilpasning og kontroll av høreapparat utpeker seg som et område med særlig høy konsultasjonsfrekvens sammenlignet med andre. Dette kan imidlertid ha sammenheng med tilgang til privat spesialist i andre boområder.

Vertskommuneeffekten er mindre utpreget for befolkningen i Harstad kommune sammenlignet med en del andre boområder. Sterkest finner vi den for hudsykdommer (+ 36 %) og sirkulasjonssykdommer (+34 %). For sirkulasjonssykdommer samsvarer høyere forbruksrater for bosatte i Harstad kommune med høyere konsultasjonsfrekvens, det vil si at forskjellen i forbruk i stor grad kan forklares av et økt antall konsultasjoner per pasient.

UNN Harstad har høyest andel fristbrudd for polikliniske pasienter med rett til nødvendig helsehjelp for hudsykdommer.

## Boområde UNN Narvik

Befolkningen i boområdet til UNN Narvik benytter en relativt stor andel (23 %) av poliklinikk-konsultasjonene hos private avtalespesialister. Særlig uttalt er dette for befolkningen i vertskommunen Narvik (26 %, mot 18 % i omkringliggende kommuner). Private avtalespesialister finnes innen fagområdene øye (1), ØNH (0,75) og revmatologi (0,2). For disse fagområdene underestimerer de gjengitte konsultasjonsratene for sykehusbruk det faktiske forbruket. Befolkningen i Narvik boområde mottar i mindre grad (58 %) polikliniske tjenester i eget lokalsykehus enn befolkningen i noe annet område i Helse Nord. Det observerte forbruksmønsteret for befolkningen her er dermed i mindre grad assosiert med lokal praksisprofil/kapasitet enn tilfellet er for befolkningen i en del andre boområder.

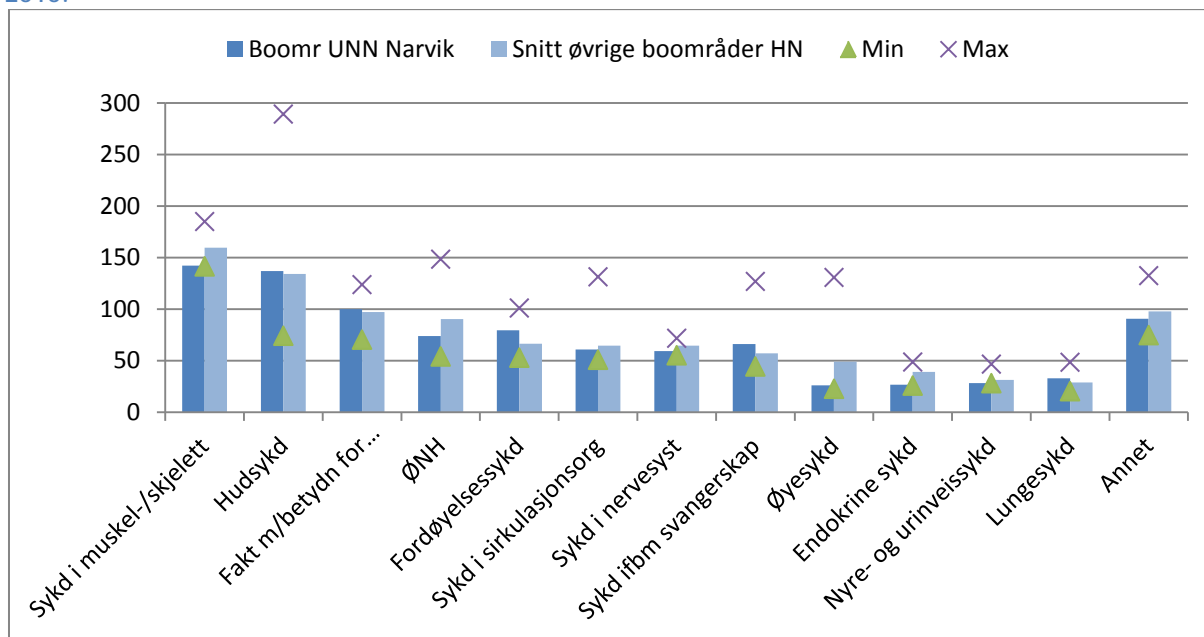
## Samlet forbruk (sykehus og private spesialister), ICD-10-klassifisering

Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og sykdomsområdet avgrenses til hoveddiagnosene N00-N39, har bosatte i boområdene Narvik og Harstad de laveste forbruksratene for sykdommer i urin- og kjønnsorganer i Helse Nord (50 % av forbruket i boområdet Bodø). Bosatte i boområdet har et forbruksnivå som ligger i øvre sjikt i Helse Nord-sammenheng mht øyekonsultasjoner.

## Forbruk på sykehus, DRG-klassifisering

Figur 227 viser standardiserte forbruksrater på sykehus per hoveddiagnosegruppe (HDG) når boområdet Narvik sammenlignes med gjennomsnittet for øvrige boområder i Helse Nord. I tillegg vises tegn (Δ, ×) for minimums- og maksimumsverdi for standardiserte rater blant boområdene.

Figur 227 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Narvik versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010.



Befolkningen i boområdet til UNN Narvik har ikke på noe klinisk fagområde de høyeste forbruksratene på sykehus, men dette må ses i sammenheng med tilbudet hos private spesialister. Forbruksmønsteret for denne befolkningen utmerker seg heller ikke med høy konsultasjonsfrekvens (antall konsultasjoner per pasient per år), med unntak av oppfølging av nyretransplanterte og diagnostiske urologiske tiltak. De laveste forbruksratene for nyre- og urinveissykdommer, diabetes, inflammatorisk leddsykdom og artrose observeres for befolkningen i Narvik-området.

Bosatte i Narvik kommune har i stor grad et forbruk på nivå med befolkningen i de øvrige kommunene i området. Sterkest vertskommuneeffekt finner vi for sirkulasjonssykdommer (+38 %) og for konsultasjoner i forbindelse med svangerskap (+35 %).

## Boområde Nordlandssykehuset Vesterålen

Også for befolkningen i boområdet til Nordlandssykehuset Vesterålen finner en relativt stor andel av de polikliniske konsultasjonene sted hos private avtalespesialister. Det relative forbruket hos private er samlet sett lavere for befolkningen i vertskommunen Hadsel (21 %) enn i de fire omkringliggende kommunene i boområdet (25 %). I og med et så betydelig forbruk hos private avtalespesialister vil ikke de gjengitte forbrukstallene her fullt ut gjenspeile det faktiske forbruket. Det er også slik at 68 % av polikliniske konsultasjoner på sykehus for bosatte i boområde Vesterålen skjer ved andre behandlingssteder enn NLSH Vesterålen. Forbruksmønsteret for denne befolkningen er dermed i mindre grad assosiert med lokal praksisprofil/kapasitet enn tilfellet er i en del andre boområder.

### Samlet forbruk (sykehus og private spesialister), ICD-10-klassifikasjon

Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og sykdomsområdet defineres i henhold til ICD-10-kodeverket, har boområdet Vesterålen de laveste forbruksratene for sykdommer i sirkulasjonssystemet i Helse Nord, herunder fysiologiske hjerteundersøkelser. Boområdet har også relativt lav konsultasjonsfrekvens for utredninger/etterundersøkelser (ekskl. svangerskapskontroller og etterundersøkelse etter ondartet svulst).

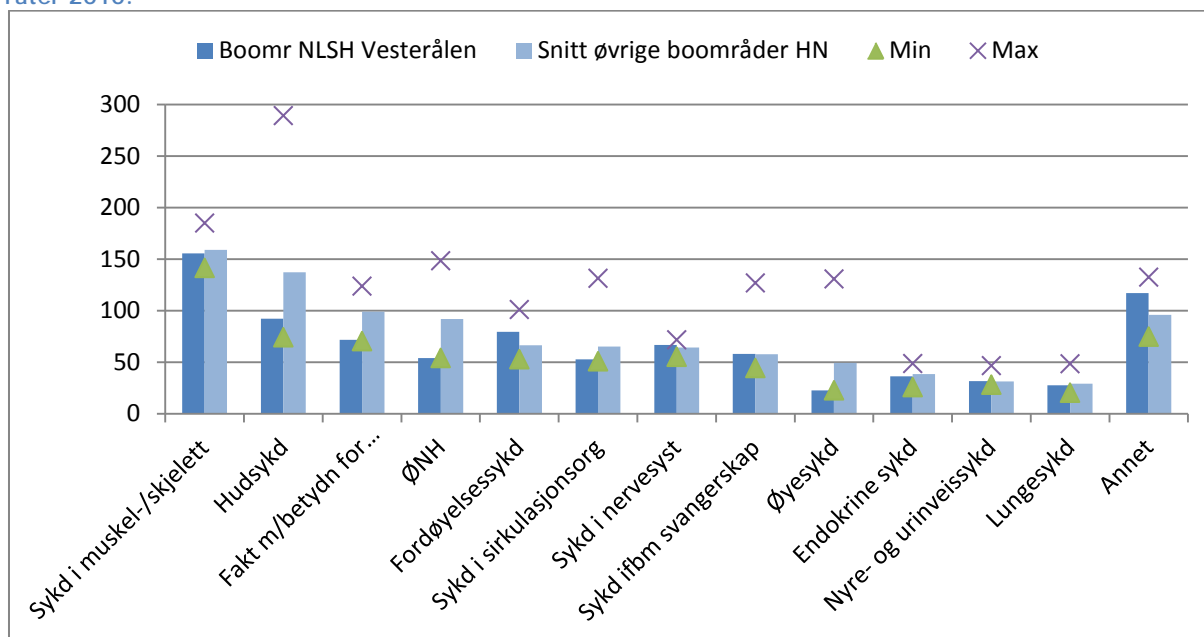
For muskel-/skjelettlidelser og øresykdommer (slik disse defineres i ICD-10-kodeverket) har boområdet forbruksrater i øvre sjikt i Helse Nord sammenheng.

### Forbruk på sykehus, DRG-klassifikasjon

Figur 228 viser standardiserte forbruksrater på sykehus per hoveddiagnosegruppe (HDG) når boområdet Vesterålen sammenlignes med gjennomsnittet for øvrige boområder i Helse Nord. I tillegg vises tegn ( $\Delta$ ,  $\times$ ) for minimums- og maksimumsverdi for standardiserte rater blant boområdene.



Figur 228 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Vesterålen versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010.



Ser vi isolert på sykehuskonsultasjoner er sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer, tendinitt/myositt/bursitt, samt smerterelaterte tilstander områder med høye forbruksrater hos befolkningen i dette boområdet. Antall konsultasjoner per pasient per år skiller seg ikke vesentlig fra tilsvarende i andre boområder.

Befolkningen i boområdet Vesterålen har også de laveste forbruksratene for betennelsestilstander i ØNH-regionen, aldersrelatert makuladegenerasjon, samt diagnostiske urologiske tiltak når sykehusaktivitet studeres isolert. Ekskluderer vi boområder med innslag av private spesialister har boområdet også lavest forbruksrater for gastrokopier, samt lidelser og skader i rygg og nakke.

Vi finner ingen gjennomgående vertskommuneeffekt i dette boområdet, dvs. at forbruket for bosatte i Hadsel kommune samlet sett er på nivå med forbruket fra de øvrige kommunene. Bosatte i Hadsel har imidlertid høyere forbruksrater for sykdommer i sirkulasjonsorganene (+40 %), hudsykdommer (+31 %) og øyesykdommer (+30 %). For andre sykdomsområder har bosatte i Hadsel kommune lavere rater enn bosatte i omkringliggende kommuner. Dette gjelder bl.a. fordøyelsesykdommer, sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer, indresekretoriske sykdommer, samt ernærings- og stoffskiftesykdommer.

Når det gjelder polikliniske konsultasjoner for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har NLSH Vesterålen relativt sett flest fristbrudd for hudsykdommer.

## Boområde Nordlandssykehuset Lofoten

Private avtalespesialister står for 12 % av de polikliniske konsultasjonene til bosatte i boområdet til Nordlandssykehuset Lofoten. Høyest andel konsultasjoner hos private (13 %) finner vi i kommunene uten vertsfunksjon for sykehus, dvs. i Flakstad, Vågan og Moskenes. En tredjedel av de polikliniske konsultasjonene på sykehus for bosatte i boområde Lofoten skjer ved andre behandlingssteder enn NLSH Lofoten. Forbruksmønsteret for bosatte her er dermed svakere assosiert med lokal praksisprofil/kapasitet enn tilfellet er for bosatte i en del andre sykehusboområder.

### Samlet forbruk (sykehus og private spesialister), ICD-10-klassifikasjon

Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett har boområdet Lofoten (sammen med boområdet Sandnessjøen) de laveste forbruksratene for hudsykdom (slik de er

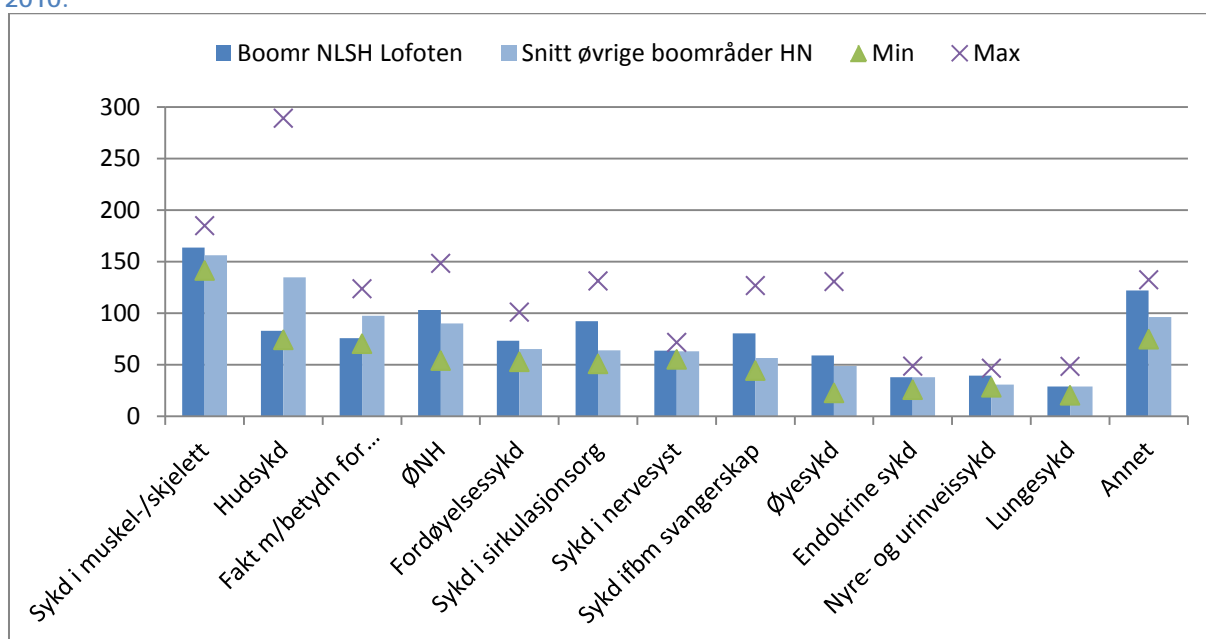
klassifisert i ICD-10-kodeverket), herunder lysbehandling. Konsultasjonsraten for hudsykdom er ca 1/5-del av konsultasjonsraten i boområdet Mosjøen. Boområdet har også de laveste konsultasjonsratene i Helse Nord for utredninger/etterundersøkelser (ICD-10-kapitlet "Faktorer med betydning for helsetilstand"), denne ligger på det halve av konsultasjonsraten i boområdet Sandnessjøen.

For sykdommer i sirkulasjonssystemet har bosatte i dette boområdet høye forbruksrater sammenlignet med andre boområder i nord. For fysiologiske hjerteundersøkelser har boområdet den høyeste forbruksraten i Helse Nord, 80 % høyere enn i boområdet Vesterålen.

### Forbruk på sykehus, DRG-klassifisering

Figur 229 viser standardiserte forbruksrater på sykehus per hoveddiagnosegruppe (HDG) når boområdet Lofoten sammenlignes med gjennomsnittet for øvrige boområder i Helse Nord. I tillegg vises tegn (Δ, ×) for minimums- og maksimumsverdi for standardiserte rater blant boområdene.

Figur 229 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Lofoten versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010.



Ser vi isolert på sykehuskonsultasjoner Bosatte i boområde Lofoten har de høyeste ratene for fysiologiske hjerteundersøkelser og for konsultasjoner for nyretransplanterte, og de laveste ratene for etterundersøkelser (hoveddiagnose Z09), samt sykdommer i nervesystemet uten signifikant prosedyre.

Boområdet har flest konsultasjoner per pasient per år i Helse Nord for ortopedisk bandasjering, samt diagnostiske intervensjoner ved tilstander i sentralnervesystemet.

Vi finner markert vertskommuneeffekt, dvs. høyere forbruk for befolkningen i Vestvågøy kommune enn for befolkningen i omkringliggende kommuner, for sykdommer i nyre- og urinveier (+82 %), sykdommer i mannlige kjønnsorganer (+80 %), indresekretoriske sykdommer (+71 %), sirkulasjonssykdommer (+63 %), hudsykdommer (+54 %), samt for konsultasjoner i forbindelse med svangerskap (+53 %). For svangerskapskontroller korresponderer høyere rater med høyere konsultasjonsfrekvens. For de andre sykdomsområdene forklares forskjellene bare delvis av høyere konsultasjonsfrekvens.

## Boområde Nordlandssykehuset Bodø

I Bodø er det lokalisert flere private avtalespesialister enn noe annet sted i Helse Nord. I 2009 foregikk omlag hver tredje polikliniske konsultasjon for bosatte i opptaksområdet til Nordlandssykehuset Bodø hos privat spesialist. De observerte ratene for forbruk ved sykehus som presenteres her, må derfor vurderes i lys av det betydelige innslaget av private. For bosatte i Bodø kommune foregikk ca 36 % av de polikliniske konsultasjonene hos private avtalespesialister, for bosatte i øvrige kommuner i boområdet var andelen samlet sett på ca 32 %.

### Samlet forbruk (sykehus og private spesialister), ICD-10-klassifikasjon

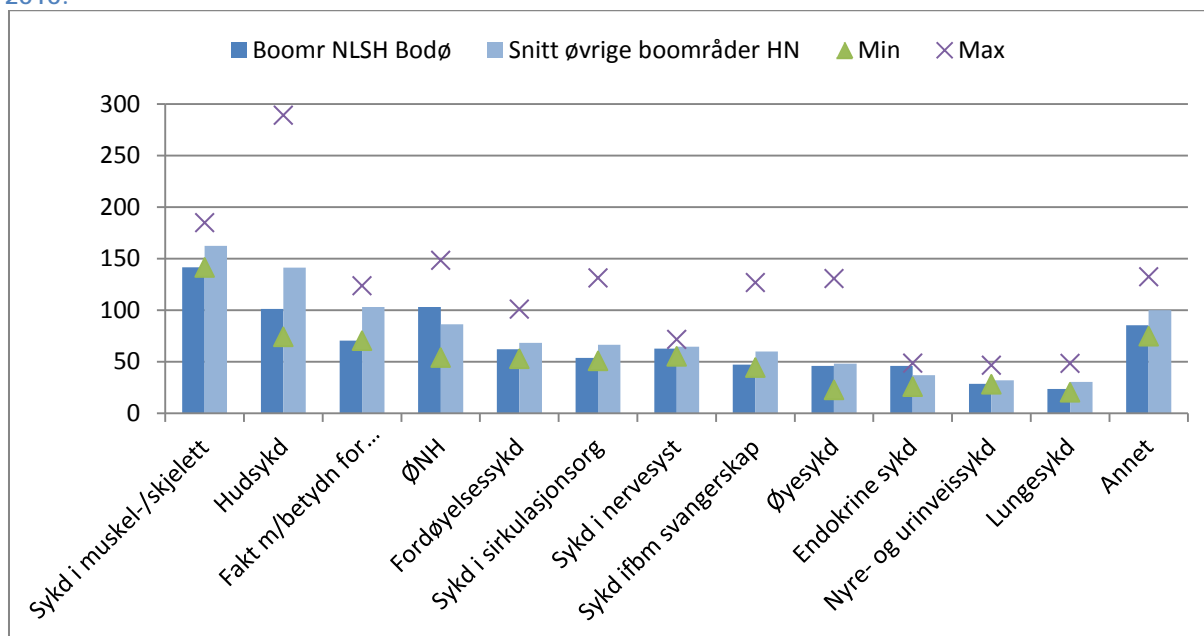
Bosatte i boområdet Bodø har de høyeste forbruksratene for endokrine sykdommer og ernæringsykdommer i Helse Nord. Forbruksraten i boområdet Bodø er nær dobbelt så høy som raten i boområdet Hammerfest. Videre har boområdet Bodø de høyeste forbruksratene for sykdommer i urin- og kjønnsorganer, når disse avgrenses til hoveddiagnosene N00-N39, i Helse Nord. Forbruksratene her er dobbelt så høye som i boområdene Harstad og Narvik. Også for HDG 7 (Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel) finner vi de høyeste forbruksratene for bosatte i boområdet til Nordlandssykehuset Bodø. Forbruksratene her er dobbelt så høye som i boområdet Sandnessjøen.

Boområdet har de laveste konsultasjonsratene i Helse Nord når det gjelder sykdom i respirasjonsorganene<sup>39</sup> (halvparten av forbruksraten i boområdet Tromsø), og har også konsultasjonsrate i nedre del av skalaen når det gjelder muskel-/skjelettlidelser (slik disse er definert i ICD-10).

### Forbruk på sykehus, DRG-klassifikasjon

Figur 230 viser standardiserte forbruksrater på sykehus per hoveddiagnosegruppe (HDG) når boområdet Bodø sammenlignes med gjennomsnittet for øvrige boområder i Helse Nord. I tillegg vises tegn (Δ, ×) for minimums- og maksimumsverdi for standardiserte rater blant boområdene.

Figur 230 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Bodø versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010.



Ser vi isolert på sykehuskonsultasjoner Bosatte i boområde Nordlandssykehuset Bodø har lavere forbruksrater enn gjennomsnittet for de øvrige boområdene i Helse Nord for de fleste hoveddiagnosegruppene. Dette må imidlertid sees i sammenheng med det betydelige tilbudet fra private avtalespesialister.

<sup>39</sup> Definert som hoveddiagnose J12-J22, samt J40-J99, jfr. fotnote s.83.

Bosatte i dette boområdet har de laveste forbruksratene i Helse Nord når det gjelder muskel- og skjelettlidelser, sykdommer i kjønnsorganene, og utredninger av personer uten kjent diagnose (hoveddiagnose Z00, Z01 eller Z03). Det er ukjent om de lave ratene for utredning av personer uten kjent diagnose skyldes reelle forskjeller eller annen kodepraksis. Befolkningen i Bodø-området har også de laveste forbruksratene for tendinitt/myositt/bursitt, ortopedisk bandasjering, gastroskopi, lidelser og skader i rygg og nakke, smerte i mageregionen, samt fedme.

Vi finner en uttalt vertskommuneeffekt (høyere forbruk for befolkningen i Bodø kommune enn øvrige kommuner i området) for hudsykdommer der bosatte i Bodø kommune har mer enn dobbelt så høy rate sammenlignet med omkringliggende kommuner. Også for sykdommer i bryst (+60 %) og svangerskapsundersøkelser (+48 %) finner vi en markert vertskommuneeffekt her. Høyere rater i vertskommunen forklares delvis av høyere konsultasjonsfrekvens, dvs. høyere antall konsultasjoner per pasient per år.

## Boområde Helgelandssykehuset Rana

27 % av samlet antall polikliniske konsultasjoner for befolkningen i opptaksområdet til Helgelandssykehuset Rana foregikk hos private avtalespesialister (2009). Disse bestod i 2009 av en øyelege (100 %), en hudlege (37.5 % hjemmel) og en ØNH-lege (20 % hjemmel). For disse fagområdene gjenspeiler ikke tall for sykehusbruk det faktiske poliklinikkbruket. Særlig gjelder dette for vertskommunen Rana, der 29 % av konsultasjonene for befolkningen foregikk hos private spesialister, mot samlet sett 19 % for bosatte i de omkringliggende kommunene Nesna, Hemnes og Rødøy.

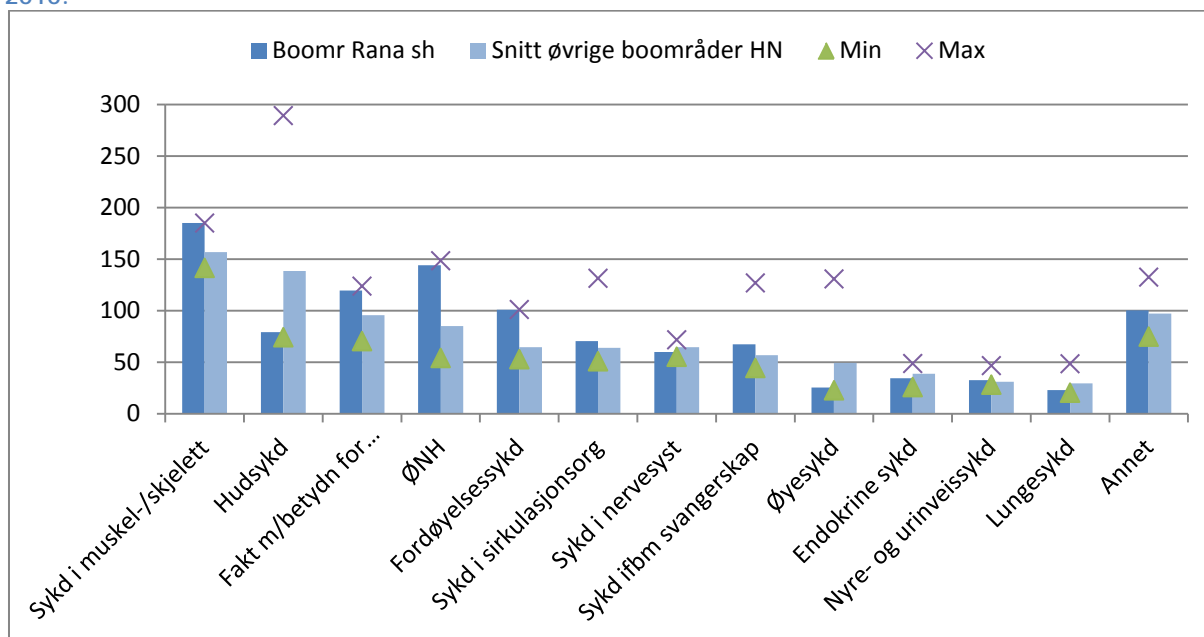
### Samlet forbruk (sykehus og private spesialister), ICD-10-klassifisering

Inkluderes konsultasjoner hos private spesialister finner vi de høyeste forbruksratene relatert til øyesykdommer (målt i henhold til ICD-10-kodeverket) i dette boområdet. Den samlede forbruksraten her er 2.4 ganger høyere her enn i boområdene Mosjøen og Hammerfest. Denne aktiviteten foregår i det alt vesentligste i regi av private spesialister (89 %). Boområdet har også de høyeste konsultasjonsratene vedrørende sykdommer i fordøyelsessystemet. Forbruksratene her er dobbelt så høye som i boområdet Hammerfest. Også for sykdommer i øre (definert i henhold til ICD-10) har boområdet de høyeste forbruksratene i Helse Nord, dobbelt så høye som i boområdet Kirkenes.

### Forbruk på sykehus, DRG-klassifisering

Figur 231 viser standardiserte forbruksrater på sykehus per hoveddiagnosegruppe (HDG) når boområdet Rana sammenlignes med gjennomsnittet for de øvrige boområdene i Helse Nord. I tillegg vises tegn ( $\Delta$ ,  $\times$ ) for minimums- og maksimumsverdi for standardiserte rater blant boområdene.

Figur 231 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Rana versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010.



Ser vi isolert på sykehuskonsultasjoner har bosatte i Rana-området de høyeste forbruksratene for muskel-/skjelettlidelser (herunder de høyeste forbruksratene for inflammatorisk leddsykdom, lidelser og skader i rygg og nakke, samt smerte i mageregionen), samt for sykdommer i fordøyelsesorganene. I tillegg finner vi høye forbruksrater for kontroll av høreapparat og diagnostiske intervensjoner for ØNH-problemer, ultralyd av gravid livmor, samt konsultasjoner vedrørende epilepsi.

Til tross for at befolkningen her har relativt høye forbruksrater for sykdommer i fordøyelsesorganene, har Helgelandssykehuset Rana andelsmessig flest fristbrudd for polikliniske pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen dette sykdomsområdet.

Befolkningen i Rana-området har høyest konsultasjonsfrekvens i Helse Nord for pasienter med diabetes, astma og bronkitt, samt artrose. Motsatt har bosatte i dette boområdet lavest konsultasjonsfrekvens for nyretransplanterte, brudd, MS, samt gastrokopier. Befolkningen i Rana kommune har høyere forbruksrater for fordøyelsesykdommer (+55 %), sykdommer i bryst (+76 %) og konsultasjoner i forbindelse med svangerskap enn kommunene ellers i boområdet. Når det gjelder sykdommer i bryst kan de høyere forbruksratene forklares av økt antall konsultasjoner per pasient per år, mens høyere forbruksrater for de øvrige sykdomsområdene bare delvis kan forklares av økt konsultasjonsfrekvens.

## Boområde Helgelandssykehuset Mosjøen

Befolkningen i boområdet til Helgelandssykehuset Mosjøen skiller seg ut ved samlet sett å ha det høyeste forbruket av polikliniske tjenester blant bosatte i Helse Nord. Hver innbygger i dette området har i gjennomsnitt ca 1.5 konsultasjoner ved en sykehuspoliklinikk per år. Bosatte i dette området har samlet sett et lavt forbruk hos private spesialister (5 %) og tallene for polikliniske konsultasjoner ved sykehus gjenspeiler derfor i grove trekk befolkningens faktiske forbruk.

### Samlet forbruk (sykehus og private spesialister), ICD-10-klassifikasjon

Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og sykdomsområdet defineres i henhold til ICD-10-kodeverket, har boområdet Mosjøen de desidert høyeste konsultasjonsratene for hudsykdom i Helse Nord, blant annet mer enn 30 ganger høyere konsultasjonsrate for lysbehandling sammenlignet med boområdet Lofoten.

Videre finner vi de høyeste forbruksratene for kreftsykdom, sykdommer i sirkulasjonssystemet, sykdommer i nervesystemet, samt svangerskapskonsultasjoner, i dette boområdet. Konsultasjonsraten for kreftsykdom er dobbelt så høy i boområdet Mosjøen som for bosatte i Finnmark. Konsultasjonsraten for sykdommer i sirkulasjonssystemet ligger på det dobbelte av konsultasjonsraten i boområdet med lavest forbruk (Vesterålen). For sykdommer i nervesystemet ligger forbruksraten 70 % over boområdet med lavest konsultasjonsrate, mens forbruksraten for svangerskapskonsultasjoner i boområdet Mosjøen ligger 2-3 ganger høyere enn konsultasjonsraten i andre boområder i Helse Nord. Boområdet Mosjøen har også, sammen med boområdene Rana og Lofoten, de høyeste forbruksratene for gastroskopi (+40 %). Også for koloskopi (+60 %) og ultralyd av gravid livmor (+70 %) har dette boområdet de høyeste forbruksratene.

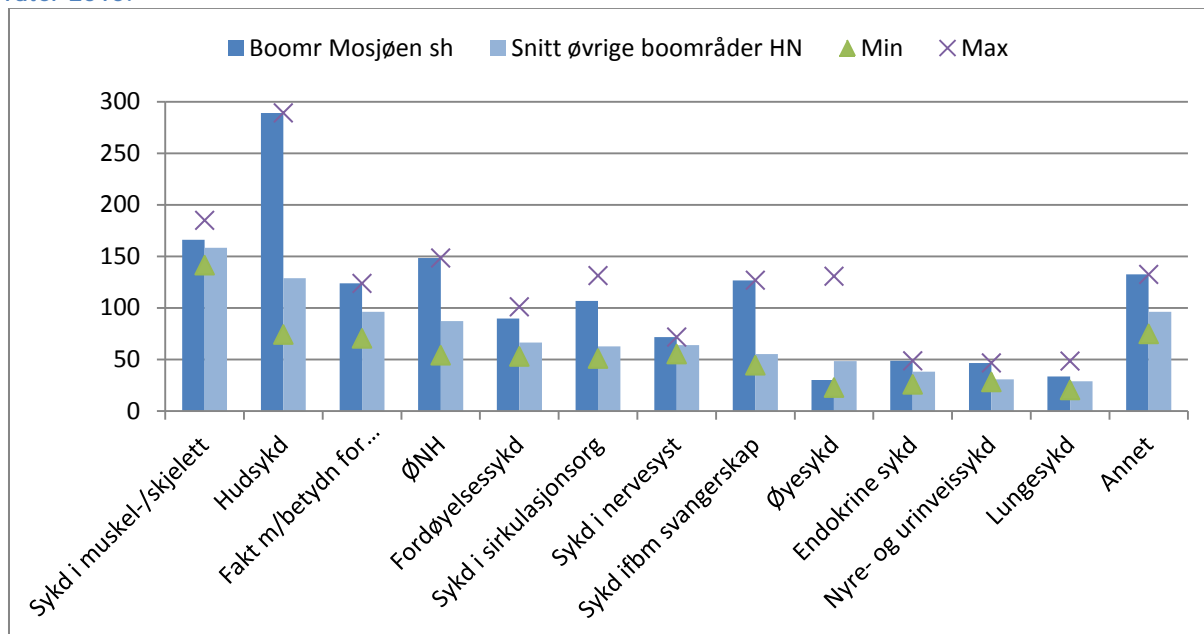
Forbruksratene når det gjelder endokrine sykdommer, nyre- og urinveissykdommer, samt muskel-/skjelettlidelser ligger også i øvre sjikt sammenlignet med andre boområder i Helse Nord.

Når aktivitet på sykehus og hos private ses under ett finner vi den laveste forbruksraten for øyesykdom i boområdet Mosjøen (sammen med Hammerfest), denne er under halvparten av konsultasjonsraten i boområdet Rana. Særlig for behandling av aldersbetinget grå stær har bosatte i boområdet Mosjøen lave konsultasjonsrater, denne er under en tredjedel av konsultasjonsraten i boområdet Tromsø. Også for muskel- og skjelettlidelser (slik disse defineres i ICD-10) ligger forbruksraten i boområdet Mosjøen lavt, men her kan ulik kodepraksis med hensyn til bruk av Z-diagnoser spille inn.

#### Forbruk på sykehus, DRG-klassifikasjon

I Figur 232 vises standardiserte rater per hoveddiagnosegruppe (HDG) når forbruk av polikliniske konsultasjoner ved sykehus for befolkningen i boområdet Mosjøen sammenlignes med gjennomsnittet for befolkningen i de øvrige boområdene i Helse Nord. I tillegg vises tegn ( $\Delta$ ,  $\times$ ) for minimums- og maksimumsverdi for standardiserte rater blant boområdene.

Figur 232 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Mosjøen versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010.



Når vi ser på sykehusbehandling isolert finner vi at bosatte i boområde Mosjøen har høyest forbruksrater innen lysbehandling, svangerskapskontroller uten ultralyd, diabeteskonsultasjoner, gastroskopier, ortopedisk bandasjering, konsultasjoner vedrørende atrieflimmer og rytmeforstyrrelser, eksem og dermatitt, diagnostiske tilstander i sentralnervesystemet, koloskopi, konsultasjonen vedrørende betennelsestilstander i ØNH-regionen, konsultasjoner vedrørende MS og

degenerative lidelser, diagnostiske urologiske tiltak, KOLS, hypertensjon, samt etterundersøkelser (hoveddiagnose Z08 og Z09).

Vi finner høyere forbruk i for befolkningen i vertskommunen Vefsn enn for befolkningen i kommunene Grane og Hattfjelldal for nær sagt alle sykdomsområder. De mest uttalte kontrastene finner vi for sykdommer i åndedrettssystemet (+102 %), hudsykdommer (+83 %), etterundersøkelser (+80 %), sykdommer i sirkulasjonssystemet (+63 %) og sykdommer i mannlige kjønnsorganer (+63 %). For sykdommer i sirkulasjonssystemet kan det høye forbruket i vertskommunen forklares med høyere antall konsultasjoner per pasient per år. På de andre sykdomsområdene må forskjellen mellom forbruket i befolkningen i Vefsn og de to øvrige kommunene i boområdet forklares på andre måter.

Når det gjelder polikliniske pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har Helgelandssykehuset Mosjøen andelsmessig flest fristbrudd for nevrologiske sykdommer, til tross for at befolkningen her har høyere forbruk av slike tjenester enn bosatte i resten av Helse Nord. På området hudsykdommer har befolkningen de desidert høyeste forbruksratene, samtidig som Helgelandssykehuset Mosjøen har de lengste ventetidene for hudpasienter med rett til nødvendig helsehjelp.

## Boområde Helgelandssykehuset Sandnessjøen

For befolkningen i boområdet til Helgelandssykehuset Sandnessjøen utgjør konsultasjoner hos private avtalespesialister 14 % av alle polikliniske konsultasjoner, dagkirurgi samt poliklinisk rehabilitering, strålebehandling og kjemoterapi unntatt. For befolkningen i vertskommunen Alstadhaug er andelen hos private på 7 % mens den er 17 % for befolkningen i de øvrige kommunene i boområdet. Egendekningsgraden, dvs. andel polikliniske konsultasjoner ved eget lokalsykehus, for befolkningen i dette boområdet er relativt lav (64 %). Det observerte forbruket her er dermed i mindre grad assosiert med lokal praksisprofil/kapasitet en tilfellet er i en del andre boområder.

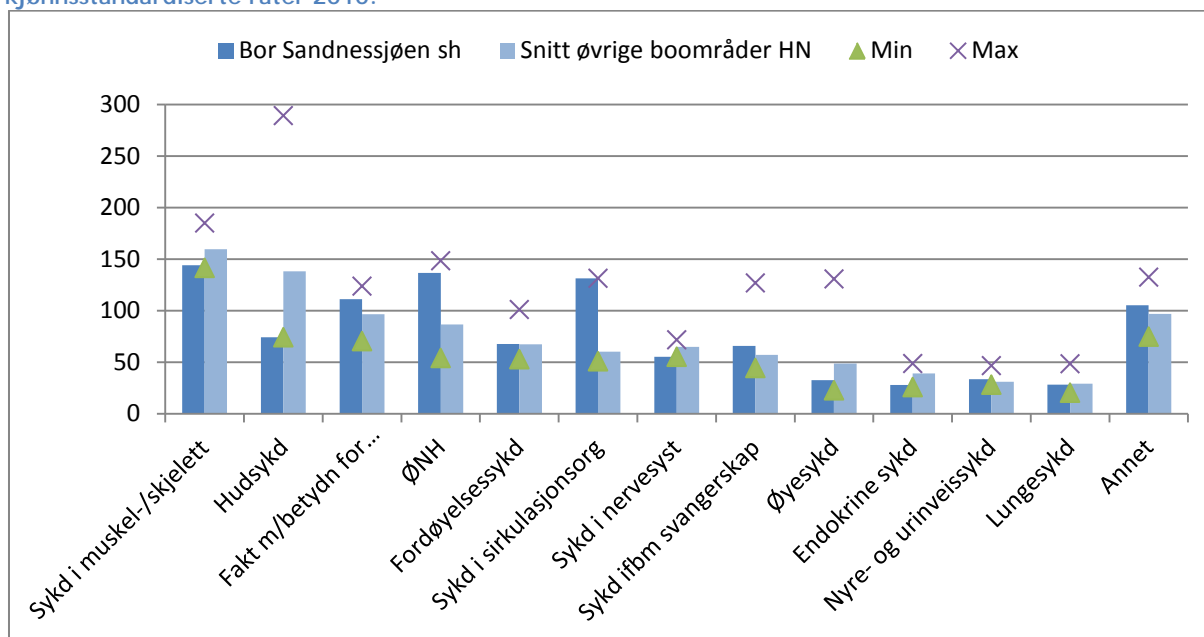
### Samlet forbruk (sykehus og private spesialister), ICD-10-klassifikasjon

Når konsultasjoner på sykehus og hos private spesialister ses under ett, og sykdomsområdet defineres i henhold til ICD-10-kodeverket, har boområdet Lofoten de laveste forbruksratene både for hudsykdom og for muskel-/skjelettsykdommer. Boområdet har også, sammen med boområdet Hammerfest, de laveste forbruksratene for koloskopier i Helse Nord.

### Forbruk på sykehus, DRG-klassifikasjon

Figur 233 viser standardiserte forbruksrater på sykehus per hoveddiagnosegruppe (HDG) når boområdet Sandnessjøen sammenlignes med gjennomsnittet for de øvrige boområdene i Helse Nord. I tillegg vises tegn ( $\Delta$ ,  $\times$ ) for minimums- og maksimumsverdi for standardiserte rater blant boområdene.

Figur 233 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Sandnessjøen versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010.



Når vi ser på sykehuskonsultasjoner isolert har bosatte i opptaksområdet til Helgelandssykehuset Sandnessjøen de høyeste forbruksratene i Helse Nord for sykdommer i sirkulasjonssystemet (2.6 ganger høyere rate enn boområdet med lavest forbruk). Dette viser seg i stor grad å skyldes endret kodepraksis. Fra og med 2010 er blodprøvetaking (INR) kodet som en poliklinisk konsultasjon (tilsyn med mekanisk hjerteventil, Z952) istedenfor som en laboratorieprøve.

Befolkningen i boområdet Sandnessjøen har de laveste forbruksratene i Helse Nord hva gjelder hudsykdommer, herunder basal sårbehandling. Det observeres også lave konsultasjonsrater for brudd, for multippel sklerose (MS) og for nyretransplanterte. Ekskluderes boområder med tilgang til privat spesialist har boområdet også lavest forbruksrate for koloskopier. Det påvises ikke særskilt høy konsultasjonsfrekvens (antall konsultasjoner per pasient per år) sammenlignet med andre boområder.

Innen boområdet til Helgelandssykehuset Sandnessjøen påvises imidlertid en utpreget vertskommuneeffekt for kretsløpssykdommer, med nær tre ganger så høy forbruksrate i for befolkningen i vertskommunen Alstadhaug som for befolkningen i de øvrige kommunene i boområdet. Dette referer til den særskilte praksisen vedrørende INR-prøver som er beskrevet ovenfor.



## Vedlegg

Tabell 10 Innbyggertall per boområde i Helse Nord 2010.

Boområde	Vertskommuner for sykehus	Øvrige	Totalt
Boområde Kirkenes sh	9826	16089	25915
Boområde Hammerfest sh	10910	36592	47502
Boområde UNN Tromsø	68239	53754	121993
Boområde UNN Harstad	23423	11362	34785
Boområde UNN Narvik	18380	8259	26639
Boområde NLSH Vesterålen	7924	22111	30035
Boområde NLSH Lofoten	10780	11503	22283
Boområde NLSH Bodø	47847	33712	81559
Boområde Rana sh	25499	7702	33201
Boområde Mosjøen sh	13307	2950	16257
Boområde Sandnessjøen sh (ekskl. Bindal)	7296	19194	26490

Tabell 11 Sammenligning av hoveddiagnosegrupper i ICD-10 og DRG-systemet (HDG). Bosatte Helse Nord 2010.

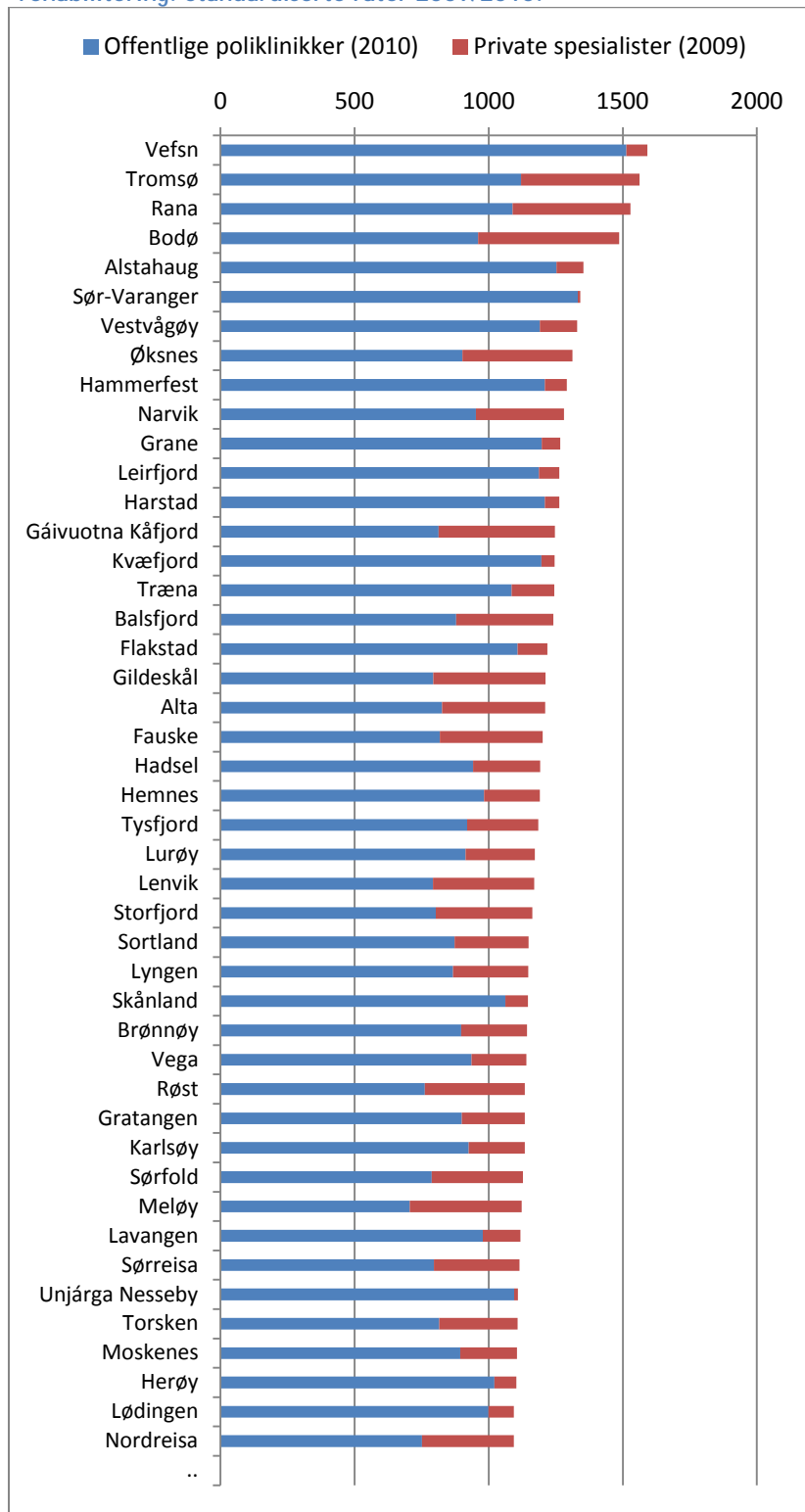
Hoveddiagnosegr (ICD-10)	Hoveddiagnosegruppe (HDG)	N	Andel
Faktorer med betydning for helsetilstand	HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden	34924	37%
	HDG 14 Sykd under svangerskap, fødsel og barseltid	17452	18%
	HDG 8 Sykd i muskel-skjelettsystemet og bindevev	12759	13%
	HDG 13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	6065	6%
	HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	5945	6%
	Øvrige < 5% (18 HDG-er)	17751	19%
Sykd i hud og underhud	HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst	44560	92%
	HDG 8 Sykd i muskel-skjelettsystemet og bindevev	2557	5%
	Øvrige < 5% (5 HDG-er)	1228	3%
Sykd i muskel-skjelettsystemet og bindevev	HDG 8 Sykd i muskel-skjelettsystemet og bindevev	37785	81%
	HDG 1 Sykdommer i nervesystemet	7110	15%
	Øvrige < 5% (8 HDG-er)	2015	4%
Skader, forgiftninger m.m.	HDG 8 Sykd i muskel-skjelettsystemet og bindevev	19653	56%
	HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst	8647	25%
	HDG 21 Skade, forgiftninger og toksiske effekter	2336	7%
	Øvrige < 5% (17 HDG-er)	4182	12%
Sykd i øre og ørebensknute	HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer	25631	99%
	Øvrige < 5% (6 HDG-er)	200	1%
Symptom, tegn, lab.funn, annet	HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	5620	23%
	HDG 1 Sykdommer i nervesystemet	4503	18%
	HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	3673	15%
	HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer	2676	11%
	HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer	2369	9%
	HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden	1893	8%
	HDG 10 Indresekret.-, ernærings- og stoffskiftesykd	1672	7%
	HDG 4 Sykdommer i åndedretsorganene	1523	6%
	Øvrige < 5% (11 HDG-er)	1014	4%
Sykd i sirkulasjonssystemet	HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	20596	83%
	HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	1602	6%
	Øvrige < 5% (13 HDG-er)	2615	11%
Sykd i fordøyelsessystemet	HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	19800	81%
	HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer	2160	9%
	HDG 7 Sykd i lever, galleveier og bukspyttkjertel	1414	6%
	Øvrige < 5% (7 HDG-er)	1212	5%
Svulster	HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst	4472	18%
	HDG 17 Myeloproliferative sykd og lite diff. svulster	2819	12%
	HDG 12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	2739	11%
	HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	2702	11%
	HDG 30 Sykdommer i bryst	2335	10%
	HDG 13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	1734	7%
	HDG 4 Sykdommer i åndedretsorganene	1705	7%
	Øvrige < 5% (12 HDG-er)	5953	24%

forts. Tabell 11 Sammenligning av hoveddiagnosegrupper i ICD-10 og DRG-systemet (HDG). Bosatte Helse Nord 2010.

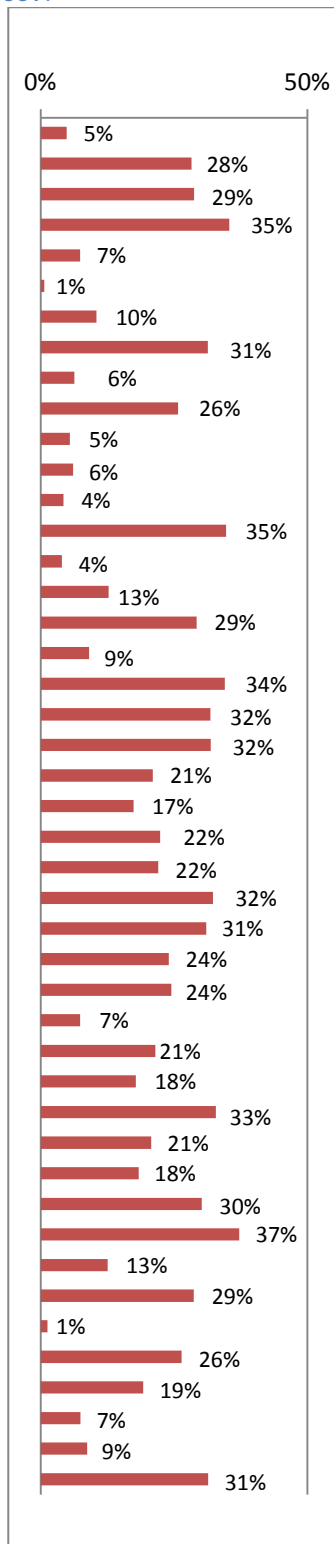
Hoveddiagnosegr (ICD-10)	Hoveddiagnosegruppe (HDG)	N	Andel
Sykdo i urin- og kjønnsorganer	HDG 13 Sykd i kvinnelige kjønnsorganer	10277	44%
	HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer	8383	36%
	HDG 12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	3081	13%
	Øvrige < 5% (11 HDG-er)	1602	7%
Endokrine sykd, ernæringssykdommer	HDG 10 Indresekretoriske/ernærings-/stoffsiftesykd	15935	82%
	HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden	1445	7%
	HDG 2 Øyesykdommer	1180	6%
	Øvrige < 5% (11 HDG-er)	900	5%
Sykd i øyet og øyets omgivelser	HDG 2 Øyesykdommer	17915	99%
	Øvrige < 5% (4 HDG-er)	126	1%
Sykd i åndedrettssystemet	HDG 4 Sykdommer i åndedretsorganene	9244	54%
	HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer	6552	38%
	HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden	1189	7%
	Øvrige < 5% (5 HDG-er)	98	1%
Sykd i nervesystemet	HDG 1 Sykdommer i nervesystemet	13342	85%
	HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer	1642	10%
	Øvrige < 5% (8 HDG-er)	687	4%
Svangerskap, fødsel og barseltid	HDG 14 Sykd under svangerskap, fødsel og barseltid	8018	94%
	HDG 19 Psykiske lidelser og rusproblemer	445	5%
	Øvrige < 5% (8 HDG-er)	107	1%
Misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	HDG 8 Sykd i muskel-skjelettsystemet og bindevev	1538	33%
	HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	826	18%
	HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer	428	9%
	HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst	393	8%
	HDG 12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	245	5%
	HDG 1 Sykdommer i nervesystemet	233	5%
	Øvrige < 5% (12 HDG-er)	970	21%
Visse infeksjonssyk og parasittsykd	HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst	1065	28%
	HDG 18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	900	23%
	HDG 7 Sykd i lever, galleveier og bukspyttkjertel	807	21%
	HDG 4 Sykdommer i åndedretsorganene	249	6%
	Øvrige < 5% (13 HDG-er)	817	21%
Sykd i blod og bloddannende organer	HDG 16 Sykd i blod(bloddannende organ/immunapparat	2353	76%
	HDG 4 Sykdommer i åndedretsorganene	393	13%
	Øvrige < 5% (9 HDG-er)	350	11%
Psyk lidelser og atferdsforstyrrelser	HDG 19 Psykiske lidelser og rusproblemer	2197	77%
	HDG 1 Sykdommer i nervesystemet	328	11%
	HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden	155	5%
	Øvrige < 5% (5 HDG-er)	179	6%
Visse tilstander i perinatalperioden	HDG 15 Nyfødte; tilstander i perinatalperioden	331	84%
	HDG 1 Sykdommer i nervesystemet	47	12%
	Øvrige < 5% (5 HDG-er)	15	4%

## Poliklinikkramer etter kommune og behandlingssted (offentlig/privat)

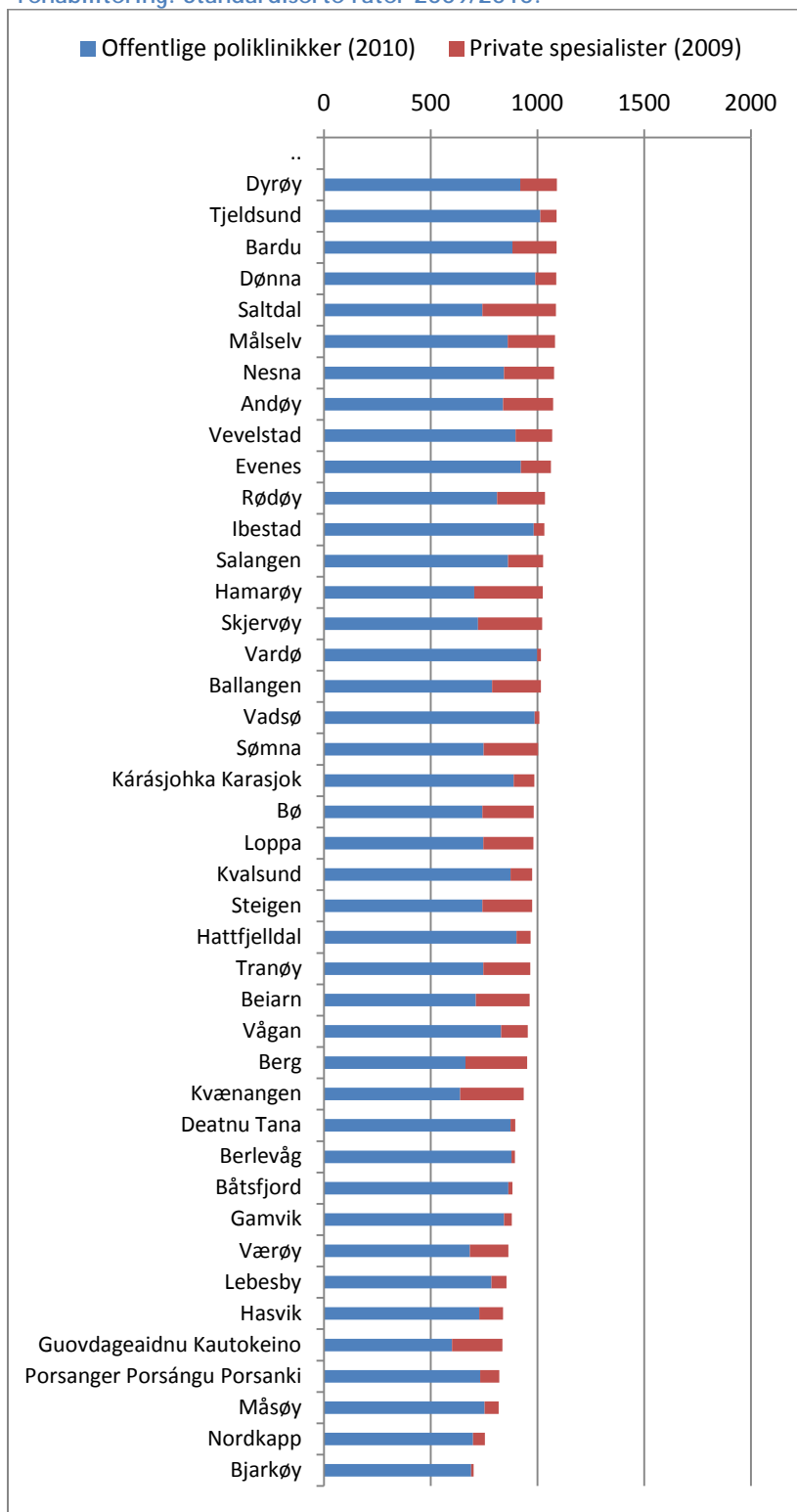
Figur 234 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter kommune (Helse Nord) og behandlingssted (offentlig versus privat). Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Standardiserte rater 2009/2010.



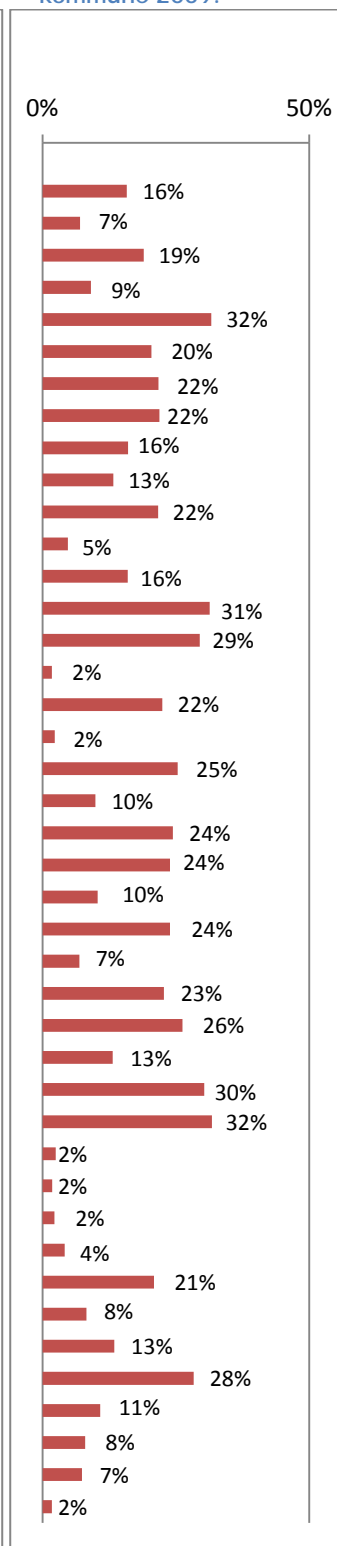
Figur 235 Andel polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister etter kommune 2009.



forts. Figur 234 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter kommune (Helse Nord) og behandlingssted (offentlig versus privat). Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Standardiserte rater 2009/2010.



forts. Figur 235 Andel polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister etter kommune 2009.



## Variasjon i poliklinikkramer for utvalgte ICD-10 kategoriblokker/DRGer

Tabell 12 Variasjon (min/max) i poliklinikkramer mellom boområder etter ICD-10 kapittel. Absolutt og relativ forskjell mellom boområdet med lavest og høyest forbruksrate. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010.

ICD-10 kapittel	N	Min verdi (kons per 1000 innb)	Max verdi (kons per 1000 innb)	Boområde med høyest rate	Absolutt forskjell (max rate- min rate)	Relativ forskjell (max rate/min rate)
Faktorer med betydn for helsetilstand	94896	157.4	321.3	Mosjøen	<b>163.9</b>	2.0
Sykdommer i hud og underhud	48345	31.5	227.7	Mosjøen	<b>196.2</b>	<b>7.2</b>
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet	46910	78.4	114.1	Tromsø	35.7	1.5
Skader, forgiftninger mm	34818	61.6	116.8	Harstad	<b>55.3</b>	1.9
Sykd i øre og ørebenskute	25831	25.7	101.5	Rana	<b>75.8</b>	<b>3.9</b>
Symptom, tegn, lab.funn, annet	24943	40.1	75.8	Mosjøen	35.7	1.9
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	24813	37.6	90.5	Mosjøen	52.9	2.4
Sykdommer i fordøyelsessystemet	24586	34.8	80.3	Rana	45.5	2.3
Svulster	24459	41.4	85.2	Mosjøen	43.8	2.1
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	23343	40.1	76.4	Mosjøen	36.3	1.9
Endokrine sykd, ernæringssykd	19460	28.3	59.8	Mosjøen	31.5	2.1
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	18041	16.8	100.0	Kirkenes	<b>83.2</b>	<b>5.9</b>
Sykdommer i åndedrettssystemet	17083	25.9	56.1	Mosjøen	30.2	2.2
Sykdommer i nervesystemet	15671	26.5	47.0	Mosjøen	20.6	1.8
Svangerskap, fødsel og barseltid	8570	11.8	29.5	Sandnessjøen	17.7	<b>2.5</b>
Visse infeksjonssykd og parasittsykd	3838	4.7	11.6	Harstad	6.9	2.5
Sykd i blod og bloddannende organer	3096	2.6	14.3	Lofoten	11.7	<b>5.4</b>

Tabell 13 Variasjon (min/max) mellom boområder for utvalgte ICD-10 kategoriblokker (representerer 75 % av ikke-kirurgisk poliklinisk aktivitet). Absolutt og relativ forskjell mellom boområdet med lavest og høyest forbruksrate. Ustandardiserte tall 2010.

ICD-10 kategoriblokk	N	Min verdi	Max verdi	Boområde med høyest rate	Absolutt forskjell (max rate- min rate)	Relativ forskjell (max rate/min rate)
Z00-Z13 Kontakt med helsetj for undersøk/utredn	169639	74.0	188.4	Sandnessjøen	<b>114.5</b>	2.5
Z30-Z39 Kontakt med helsetj (reprod.spørsmål)	65013	35.9	103.3	Mosjøen	67.5	2.9
L40-L45 Papoloskvamøse lidelser	64528	9.7	139.6	Mosjøen	<b>129.9</b>	<b>14.4</b>
M00-M25 Leddlidelser	55669	32.4	49.9	Kirkenes	17.6	1.5
Z40-Z54 Kontakt med helsetj (spesielle tiltak)	51258	16.6	87.5	Rana	<b>70.9</b>	<b>5.3</b>
L20-L30 Dermatitt og eksem	49759	6.4	77.8	Mosjøen	<b>71.5</b>	<b>12.2</b>
H90-H95 Andre lidelser i øre	45916	7.1	79.2	Rana	<b>72.1</b>	<b>11.2</b>
M60-M79 Bløtvevssykdommer	34412	20.2	35.3	Vesterålen	15.2	1.8
E10-E14 Diabetes mellitus	31638	10.9	34.9	Lofoten	24.1	3.2
M40-M54 Rygglidelser	29190	14.5	26.3	Tromsø	11.8	1.8
N80-N98 Ikke-inflamm. tilst i kv. kjønnsorganer	28374	14.7	31.0	Mosjøen	16.3	2.1
I30-I52 Andre typer hjertesykdommer	27595	11.9	44.5	Mosjøen	32.6	3.7
J40-J47 Kroniske sykdommer i nedre luftveier	23964	12.3	28.5	Harstad	16.2	2.3
S60-S69 Skader på håndledd og hånd	21523	12.4	23.9	Harstad	11.5	1.9
Z80-Z99 Kontakt med helsetj (helseisiko)	21274	9.1	32.7	Sandnessjøen	23.6	3.6
K20-K31 Sykd i spiserør, magesekk og tolvf.tarm	19974	10.0	22.4	Sandnessjøen	12.4	2.2
J30-J39 Andre sykdommer i øvre luftveier	19193	5.5	30.6	Mosjøen	25.1	5.5
D10-D36 Godartede svulster	18128	10.3	29.6	Mosjøen	19.3	2.9
R00-R09 Sympt (sirkulasjons- og åndedrettssystem)	17853	9.1	19.9	Mosjøen	10.8	2.2
G40-G47 Episodiske tilstander	17566	10.5	21.1	Mosjøen	10.6	2.0
R10-R19 Symptom (fordøyelsessystem)	17238	9.6	20.4	Rana	10.8	2.1
N30-N39 Andre forstyrrelser i urinsystemet	13998	7.7	21.0	Mosjøen	13.3	2.7
S90-S99 Skader i ankel og fot	13796	5.7	14.5	Harstad	8.8	2.5
K55-K63 Andre tarmsykdommer	13501	7.3	15.6	Rana	8.3	2.1
I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	13093	7.4	12.6	Hammerfest	5.2	1.7
S80-S89 Skader i kne og legg	12081	7.3	13.7	Harstad	6.4	1.9
H30-H36 Sykdommer i årehinne og netthinne	11836	5.2	14.8	Harstad	9.6	2.9
K50-K52 Ikke-infeksiøs enteritt og kolitt	11779	5.0	13.5	Vesterålen	8.5	2.7
S50-S59 Skader i albue og underarm	11696	7.1	11.8	Vesterålen	4.7	1.7
N40-N51 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	11412	4.5	13.6	Mosjøen	9.2	3.1
I80-I89 Sykd i vener, lymfekar og lymfeknuter	11207	6.6	11.4	Mosjøen	4.8	1.7
R50-R69 Generelle symptomer og tegn	11053	5.6	10.5	Bodø	4.9	1.9
H65-H75 Sykd i mellomøre og ørebensknute	10791	3.2	10.7	Sandnessjøen	7.5	3.3
L80-L99 Andre lidelser i hud og underhud	10333	3.7	19.2	Mosjøen	15.5	5.2
H15-H22 Sykd i sene-/horn-/regnbuehinne	9786	2.2	14.5	Harstad	12.3	6.7
I10-I15 Hypertensjon	8400	3.4	29.3	Mosjøen	25.9	<b>8.6</b>
H49-H52 Øyemuskelsyk og forstyr i binokulær..	8210	2.3	17.5	Kirkenes	15.2	<b>7.7</b>
S40-S49 Skader i skulder og overarm	7978	5.0	8.0	Harstad	3.0	1.6
S00-S09 Hodeskader	7867	3.8	16.5	Harstad	12.7	4.3

Tabell 14 Variasjon (min/max) mellom boområder for utvalgte DRGer (representerer 75 % av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner). Absolutt og relativ forskjell mellom boområdet med lavest og høyest forbruksrate. Ustandardiserte tall 2010.

DRG	N	Min verdi	Max verdi	Boområde med høyest rate	Absolutt forskjell (max rate- min rate)	Relativ forskjell (max rate/min rate)
923O Pol kons vedr faktorer med betydning for helsetilstand	35556	49.9	106.4	Mosjøen	56.5	2.1
809R Annen lysbehandling	28071	3.9	136.9	Mosjøen	133.0	35.5
908O Polikl kons vedr andre sykdommer i bevegelsesapparat	21069	28.9	68.6	Rana	39.7	2.4
805S Fysiologisk hjerteundersøkelse	18520	31.1	66.2	Lofoten	35.1	2.1
914P Obstetrisk diagn, inkl screening av gravide	15037	25.9	43.2	Mosjøen	17.4	1.7
902O Polikl beh av øyetilstand u/sign prosedyre	14205	13.8	91.9	Kirkenes	78.1	6.7
913O Pol kons vedr andre sykdommer i kv. kjønnsorganer	14119	20.9	53.1	Vesterålen	32.2	2.5
908A Brudd/bløtdelsskade i armer/ben/bekken	13151	20.8	38.7	Vesterålen	17.9	1.9
803U Hørselsforbedrende intervensjoner	11159	7.1	57.4	Rana	50.3	8.1
903O Pol beh av tilstand i øre/nese/munn/svelg	10734	14.7	42.9	Harstad	28.2	2.9
906O Polikl kons vedr andre fordøyelsessykdommer	9544	13.9	40.4	Rana	26.5	2.9
910A Polikl kons vedr diabetes mellitus	9453	11.8	31.4	Mosjøen	19.6	2.7
908C Polikl kons vedr inflammatorisk leddsykdom	7917	9.7	24.0	Rana	14.3	2.5
908E Polikl kons vedr tendinitt, myositt og bursitt	7419	11.8	21.6	Vesterålen	9.7	1.8
909O Polikl kons vedr andre sykdommer i hud/underhud	7081	10.0	35.2	Mosjøen	25.2	3.5
803W Sammensatte diagn intervensjon (ØNH)	6884	6.7	32.9	Rana	26.2	4.9
808Y Ortopedisk bandasjering uten overnatting	6877	10.7	21.6	Mosjøen	10.9	2.0
809S Basal sårbehandling	6674	5.2	42.0	Mosjøen	36.7	8.1
711O Polikl endoskopi av øvre magetarmkanal	6673	9.8	21.6	Mosjøen	11.8	2.2
909A Polikl kons vedrørende mindre hudskader	6519	4.3	24.8	Harstad	20.4	5.7
901E Polikl kons vedr smerterelaterte tilstander	6395	11.3	18.7	Vesterålen	7.4	1.6
908F Pol kons vedr lidelser/skader i rygg og nakke	6198	9.6	17.6	Rana	8.0	1.8
802P Større diagn prosedyre på øye	6137	6.5	35.5	Kirkenes	29.0	5.5
908B Polikl konsultasjon vedrørende artrose	5985	9.4	16.7	Kirkenes	7.3	1.8
901O Pol beh av sykdom i nervesystem u/sign prosedyre	5656	9.2	15.2	Harstad	6.0	1.6
911O Pol kons vedr andre sykdommer i nyre og urinveier	5197	8.6	18.8	Mosjøen	10.3	2.2
914O Pol kons vedr sv.skap, fødsel og barseltid	5122	3.5	62.4	Mosjøen	58.9	18.1
910O Andre endokrin/ernærings-/stoffsiftesykdommer	4985	5.1	16.9	Tromsø	11.8	3.3
877O Andre pol kons v/middels omfattende prosedyrer	4738	7.5	17.6	Sandnessjøen	10.1	2.3
801S Pol diagn intervensjon v/tilst i sentralnervesystem	4723	5.1	15.7	Mosjøen	10.6	3.1
905O Polikl kons vedr andre kretsløpsykdommer	4416	3.1	75.5	Sandnessjøen	72.4	24.2
903A Pol kons v/betennelsestilstand i ØNH-regionen	4412	4.3	15.1	Mosjøen	10.8	3.5
909E Polikl konsultasjon vedr eksem og dermatitt	4241	3.1	19.1	Mosjøen	15.9	6.1
710O Koloskopi uten overnatting	4032	6.2	14.6	Mosjøen	8.3	2.3
904A Polikl konsultasjon vedr astma og bronkitt	3631	5.4	11.4	Harstad	6.0	2.1
906C Polikl kons vedr smerte i mageregionen	3591	5.2	13.5	Rana	8.3	2.6
701O Poliklinisk endoskopi av øvre luftveier	3576	1.9	25.0	Mosjøen	23.1	13.4
809J Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon	3536	5.0	17.4	Mosjøen	12.4	3.5
998O Grupperettet pasientopplæring	3348	2.7	12.7	Vesterålen	9.9	4.7
909D Psoriasis/andre papuloskvamøse lidelser	3276	1.0	14.4	Mosjøen	13.4	14.1



## Ventetider og fristbrudd etter behandlende sykehus og fagområde

Tabell 15 Antall ordinært avviklede poliklinikk-konsultasjoner, antall og andel fristbrudd, samt gjennomsnittlig ventetid etter behandlingssted og fagområde (når N>100). Helse Finnmark HF 2011.

Behandlingsenhet	Antall ordinært avviket	Antall avviket med rett	Fristbrudd avviket		Gjsn ventetid avviket	
			Antall	Andel	m/rett	u/rett
<b>Klinikk Kirkenes</b>	<b>5222</b>	<b>1360</b>	<b>168</b>	<b>12 %</b>	<b>50</b>	<b>82</b>
200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	794	7	0	0 %	13	28
290 Øre-nese-hals sykdommer	776	406	44	11 %	69	142
50 Ortopedisk kirurgi (inkl revmakirurgi)	690	128	8	6 %	31	108
300 Øyesykdommer	561	19	11	58 %	46	71
10 Generell kirurgi	460	137	11	8 %	23	40
140 Fordøyelsesykdommer	341	117	8	7 %	37	66
150 Hjertesykdommer	333	129	40	31 %	52	129
240 Hud og veneriske sykdommer	289	147	1	1 %	33	28
70 Urologi	225	104	15	14 %	47	96
250 Nevrologi	212	21	3	14 %	63	142
190 Revmatiske sykdommer	134	5	1	20 %	92	168
<b>Klinikk Hammerfest</b>	<b>7986</b>	<b>3567</b>	<b>1023</b>	<b>29 %</b>	<b>50</b>	<b>88</b>
200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	1328	364	32	9 %	37	81
50 Ortopedisk kirurgi (inkl revmakirurgi)	1322	803	215	27 %	100	118
240 Hud og veneriske sykdommer	875	320	37	12 %	56	98
290 Øre-nese-hals sykdommer	726	363	176	48 %	153	177
150 Hjertesykdommer	672	497	141	28 %	67	108
140 Fordøyelsesykdommer	499	294	56	19 %	66	132
10 Generell kirurgi	401	174	79	45 %	61	114
70 Urologi	400	136	76	56 %	64	109
30 Gastroenterologisk kirurgi	326	178	90	51 %	62	126
250 Nevrologi	297	48	10	21 %	57	84
190 Revmatiske sykdommer	185	44	29	66 %	110	141
300 Øyesykdommer	143	21	11	52 %	86	122
170 Lungesykdommer	142	115	25	22 %	76	66
220 Barnesykdommer	126	39	5	13 %	42	75
110 Generell indremedisin	102	64	23	36 %	137	118

Tabell 16 Antall ordinært avviklede poliklinikk-konsultasjoner (når N>100), antall og andel fristbrudd, samt gjennomsnittlig ventetid etter behandlingssted og fagområde (når N>100). UNN HF 2011.

Behandlingsenhet	Antall ordinært avviket	Antall avviket med rett	Fristbrudd avviket		Gjsn ventetid avviket	
			Antall	Andel	m/rett	u/rett
<b>UNN Tromsø</b>	<b>35915</b>	<b>16822</b>	<b>2612</b>	<b>16 %</b>	<b>64</b>	<b>99</b>
200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	5070	1492	186	12 %	50	54
50 Ortopedisk kirurgi (inkl revmakirurgi)	3349	1647	143	9 %	81	129
290 Øre-nese-hals sykdommer	2494	1997	546	27 %	95	155
240 Hud og veneriske sykdommer	2444	1447	269	19 %	52	120
140 Fordøyelsesykdommer	2043	1424	363	25 %	43	86
70 Urologi	1900	1478	170	12 %	63	165
150 Hjertesykdommer	1849	900	53	6 %	57	127
30 Gastroenterologisk kirurgi	1693	369	59	16 %	39	101
230 Fysikalsk medisin og rehabilitering	1652	125	22	18 %	65	77
220 Barnesykdommer	1499	1174	323	28 %	75	111
300 Øyesykdommer	1458	700	51	7 %	58	118
130 Endokrinologi	1355	294	65	22 %	58	100
250 Nevrologi	1314	476	58	12 %	55	94
190 Revmatiske sykdommer	1283	400	37	9 %	56	116
10 Generell kirurgi	1191	178	20	11 %	59	106
260 Klinisk nevrofysiologi	1161	578	75	13 %	60	77
100 Nevrokirurgi	1114	416	6	1 %	44	59
170 Lungesykdommer	996	589	39	7 %	59	90
40 Karkirurgi	531	296	18	6 %	63	204
90 Plastikk-kirurgi	342	58	6	10 %	59	206
350 Geriatri	306	229	33	14 %	78	59
120 Blodsykdommer	215	113	8	7 %	40	52
210 Anestesiologi	197	167	13	8 %	71	41
180 Nyresykdommer	161	68	11	16 %	58	64
110 Generell indremedisin	155	132	23	17 %	208	81
<b>UNN Harstad</b>	<b>1668</b>	<b>980</b>	<b>103</b>	<b>11 %</b>	<b>74</b>	<b>154</b>
290 Øre-nese-hals sykdommer	355	301	7	2 %	76	261
200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	206	38	1	3 %	42	52
50 Ortopedisk kirurgi (inkl revmakirurgi)	191	126	23	18 %	106	239
300 Øyesykdommer	143	96	8	8 %	47	312
240 Hud og veneriske sykdommer	140	125	45	36 %	79	240
<b>UNN Narvik</b>	<b>622</b>	<b>257</b>	<b>34</b>	<b>13 %</b>	<b>54</b>	<b>77</b>
200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	151	1	0	0 %	8	24

Tabell 17 Antall ordinært avviklede poliklinikk-konsultasjoner (når N>100), antall og andel fristbrudd, samt gjennomsnittlig ventetid etter behandlingssted og fagområde (når N>100) Nordlandssykehuset HF 2011.

Behandlingsenhet	Antall ordinært avviklet	Antall avviklet med rett	Fristbrudd avviklet		Gjnsn ventetid avviklet	
			Antall	Andel	m/rett	u/rett
<b>NLSH Vesterålen</b>	<b>4491</b>	<b>2177</b>	<b>389</b>	<b>18 %</b>	<b>47</b>	<b>67</b>
200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	915	24	10	42 %	33	49
50 Ortopedisk kirurgi (inkl revmakirurgi)	823	723	67	9 %	36	63
140 Fordøyelsessykdommer	488	232	59	25 %	42	82
150 Hjertesykdommer	379	20	3	15 %	27	60
10 Generell kirurgi	361	291	45	15 %	45	106
250 Nevrologi	354	180	2	1 %	42	52
240 Hud og veneriske sykdommer	304	139	76	55 %	76	174
220 Barnesykdommer	206	187	43	23 %	66	98
70 Urologi	183	174	38	22 %	61	54
110 Generell indremedisin	162	22	5	23 %	18	45
30 Gastroenterologisk kirurgi	139	135	32	24 %	55	83
<b>NLSH Lofoten</b>	<b>4116</b>	<b>2305</b>	<b>266</b>	<b>12 %</b>	<b>50</b>	<b>63</b>
200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	827	227	4	2 %	44	53
50 Ortopedisk kirurgi (inkl revmakirurgi)	682	461	25	5 %	56	70
290 Øre-nese-hals sykdommer	673	406	15	4 %	65	79
150 Hjertesykdommer	484	348	135	39 %	56	60
10 Generell kirurgi	400	256	16	6 %	29	58
70 Urologi	296	98	3	3 %	44	58
140 Fordøyelsessykdommer	286	257	35	14 %	41	48
<b>NLSH Bodø somatisk</b>	<b>16790</b>	<b>9854</b>	<b>1453</b>	<b>15 %</b>	<b>71</b>	<b>132</b>
50 Ortopedisk kirurgi (inkl revmakirurgi)	2446	2000	329	16 %	110	106
290 Øre-nese-hals sykdommer	1882	1759	144	8 %	84	81
200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	1696	427	21	5 %	26	73
250 Nevrologi	1017	805	107	13 %	60	91
140 Fordøyelsessykdommer	1009	494	131	27 %	55	177
240 Hud og veneriske sykdommer	927	502	79	16 %	53	179
10 Generell kirurgi	886	355	25	7 %	20	51
220 Barnesykdommer	836	806	124	15 %	80	59
150 Hjertesykdommer	792	448	166	37 %	57	120
300 Øyesykdommer	777	516	43	8 %	39	97
80 Kjevekirurgi og munnhulesykdom	735	248	35	14 %	97	628
260 Klinisk nevrofysiologi	644	9	3	33 %	27	24
190 Revmatiske sykdommer	616	132	22	17 %	63	172
70 Urologi	504	383	23	6 %	48	63
170 Lungesykdommer	471	375	130	35 %	102	107
30 Gastroenterologisk kirurgi	457	165	15	9 %	34	47
230 Fysikalsk medisin og rehabilitering	247	21	3	14 %	31	51
120 Blodsykdommer	167	123	11	9 %	46	84
90 Plastikk-kirurgi	164	2	0	0 %	27	94
180 Nyresykdommer	162	63	12	19 %	93	44
130 Endokrinologi	128	80	24	30 %	48	113
40 Karkirurgi	120	87	3	3 %	53	80

Tabell 18 Antall ordinært avviklede poliklinikk-konsultasjoner (når N>100), antall og andel fristbrudd, samt gjennomsnittlig ventetid etter behandlingssted og fagområde (når N>100). Helgelandssykehuset HF 2011.

Behandlingsenhet	Antall ordinært avviklet	Antall avviklet med rett	Fristbrudd avviklet		Gjnsn ventetid avviklet	
			Antall	Andel	m/rett	u/rett
<b>Helgelandssykehuset Rana</b>	<b>6441</b>	<b>3400</b>	<b>886</b>	<b>26 %</b>	<b>68</b>	<b>84</b>
50 Ortopedisk kirurgi (inkl revmakirurgi)	1319	368	18	5 %	104	125
200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	1121	605	28	5 %	43	45
140 Fordøyelsessykdommer	826	784	482	61 %	87	85
10 Generell kirurgi	651	105	12	11 %	26	53
150 Hjertesykdommer	634	430	174	40 %	76	116
190 Revmatiske sykdommer	526	290	80	28 %	74	86
290 Øre-nese-hals sykdommer	440	405	15	4 %	31	52
230 Fysikalsk medisin og rehabilitering	321	16	5	31 %	75	62
220 Barnesykdommer	287	278	37	13 %	60	117
110 Generell indremedisin	179	53	18	34 %	112	53
<b>Helgelandssykehuset Mosjøen</b>	<b>4914</b>	<b>2363</b>	<b>834</b>	<b>35 %</b>	<b>104</b>	<b>78</b>
250 Nevrologi	620	453	329	73 %	133	158
260 Klinisk nevrofysiologi	597	442	217	49 %	87	67
70 Urologi	565	237	10	4 %	52	55
240 Hud og veneriske sykdommer	564	559	174	31 %	161	218
300 Øyesykdommer	471	63	0	0 %	56	96
140 Fordøyelsessykdommer	405	258	51	20 %	58	68
50 Ortopedisk kirurgi (inkl revmakirurgi)	358	32	2	6 %	57	99
200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	306	4	0	0 %	32	60
150 Hjertesykdommer	272	180	28	16 %	66	93
10 Generell kirurgi	200	16	0	0 %	21	28
110 Generell indremedisin	177	53	6	11 %	111	74
90 Plastikk-kirurgi	158	2	0	0 %	67	67
<b>Helgelandssykehuset Sandnessjøen</b>	<b>5181</b>	<b>3202</b>	<b>388</b>	<b>12 %</b>	<b>55</b>	<b>50</b>
290 Øre-nese-hals sykdommer	1633	1589	337	21 %	67	167
110 Generell indremedisin	1090	452	6	1 %	45	51
200 Kvinnesykdom og elektiv fødselshjelp	711	595	25	4 %	50	40
10 Generell kirurgi	559	61	4	7 %	27	49
220 Barnesykdommer	396	256	5	2 %	32	39
230 Fysikalsk medisin og rehabilitering	220	140	4	3 %	29	56
30 Gastroenterologisk kirurgi	201	44	1	2 %	31	30
50 Ortopedisk kirurgi (inkl revmakirurgi)	177	30	2	7 %	70	60
70 Urologi	159	34	4	12 %	40	42

## Tabelliste

Tabell 1 Kodeverk for polikliniske kontroller (NPR-melding) .....	5
Tabell 2 Andel konsultasjoner kodet som "kontroller" for utvalgte prosedyrer/grupper. Bosatte Helse Nord 2010. ....	6
Tabell 3 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus etter behandlingsnivå og boområde. Bosatte i Helse Nord RHF 2008-2010. ....	10
Tabell 4 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus etter behandlingsnivå og boområde. Bosatte i Helse Finnmark HF's opptaksområde 2008-2010. ....	11
Tabell 5 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus etter behandlingsnivå og boområde. Bosatte i UNN HF's opptaksområde 2008-2010. ....	11
Tabell 6 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus etter behandlingsnivå og boområde. Bosatte i Nordlandssykehuset HF's opptaksområde 2008-2010. ....	12
Tabell 7 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus etter behandlingsnivå og boområde. Bosatte i Helgelandssykehuset HF's opptaksområde 2008-2010. ....	12
Tabell 8 Variasjon (min/max) i forbruksrater på sykehus mellom boområder etter hoveddiagnosegruppe (HDG) sortert etter volum. Absolutt og relativ forskjell mellom boområdet med lavest og høyest forbruksrate. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010. ....	21
Tabell 9 Variasjon (min/max) mellom boområder for utvalgte DRGer (representerer 50 % av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner behandlet på sykehus). Absolutt og relativ forskjell mellom boområdet med lavest og høyest forbruksrate. Ustandardiserte tall 2010. ....	22
Tabell 10 Innbyggertall per boområde i Helse Nord 2010. ....	114
Tabell 11 Sammenligning av hoveddiagnosegrupper i ICD-10 og DRG-systemet (HDG). Bosatte Helse Nord 2010. ....	115
Tabell 12 Variasjon (min/max) i poliklinikkramer mellom boområder etter ICD-10 kapittel. Absolutt og relativ forskjell mellom boområdet med lavest og høyest forbruksrate. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010. ....	119
Tabell 13 Variasjon (min/max) mellom boområder for utvalgte ICD-10 kategoriblokker (representerer 75 % av ikke-kirurgisk poliklinisk aktivitet). Absolutt og relativ forskjell mellom boområdet med lavest og høyest forbruksrate. Ustandardiserte tall 2010. ....	120
Tabell 14 Variasjon (min/max) mellom boområder for utvalgte DRGer (representerer 75 % av ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner). Absolutt og relativ forskjell mellom boområdet med lavest og høyest forbruksrate. Ustandardiserte tall 2010. ....	121
Tabell 15 Antall ordinært avviklede poliklinikk-konsultasjoner , antall og andel fristbrudd, samt gjennomsnittlig ventetid etter behandlingssted og fagområde (når N>100). Helse Finnmark HF 2011. ....	122
Tabell 16 Antall ordinært avviklede poliklinikk-konsultasjoner (når N>100) , antall og andel fristbrudd, samt gjennomsnittlig ventetid etter behandlingssted og fagområde (når N>100). UNN HF 2011. ....	123
Tabell 17 Antall ordinært avviklede poliklinikk-konsultasjoner (når N>100) , antall og andel fristbrudd, samt gjennomsnittlig ventetid etter behandlingssted og fagområde (når N>100) Nordlandssykehuset HF 2011. ....	124
Tabell 18 Antall ordinært avviklede poliklinikk-konsultasjoner (når N>100) , antall og andel fristbrudd, samt gjennomsnittlig ventetid etter behandlingssted og fagområde (når N>100). Helgelandssykehuset HF 2011. ....	125

## Figurliste

Figur 1 Antall polikliniske konsultasjoner og antall polikliniske pasienter på sykehus. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte Helse Nord 2008-2010. ....	13
Figur 2 Antall polikliniske konsultasjoner per pasient på sykehus. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte Helse Nord 2008-2010. ....	13
Figur 3 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus per pasient. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte i Helse Finnmark HF 2008-2010. ....	13
Figur 4 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus per pasient. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte UNN HF 2008-2010. ....	13
Figur 5 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus per pasient. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte i Nordlandssykehuset HF 2008-2010. ....	14

Figur 6 Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus per pasient. Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Bosatte i Helgelandssykehuset HF 2008-2010. ....	14
Figur 7 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner etter ICD-10-kapittel. Bosatte Helse Nord 2008 og 2010. Absolutte tall og prosentvis endring. ....	15
Figur 8 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner etter ICD-10 kategoriblokker med størst absolutt endring. Bosatte Helse Nord 2008 og 2010. Absolutte tall. ....	15
Figur 9 Prosentvis endring 2008 -2010. ....	15
Figur 10 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde (HF) og behandlingssted (offentlig versus privat). Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Ustandardiserte rater 2010/2009. ....	18
Figur 11 Andel polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister etter bostedsområde (HF) 2009. ....	18
Figur 12 Antall avtalehjemler for private avtalespesialister etter fagområde 2009. ....	19
Figur 13 Antall avtalehjemler for private avtalespesialister etter fagområde og arbeidssted 2009. .	19
Figur 14 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde (Helse Nord) og behandlingssted (offentlig versus privat). Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Standardiserte rater 2010/2009. ....	19
Figur 15 Andel polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister etter boområde (Helse Nord) 2009. ....	19
Figur 16 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde (Helse Nord), vertskommunestatus og behandlingssted (offentlig versus privat). Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Standardiserte rater 2009/2010. ....	20
Figur 17 Andel polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister etter boområde og vertskommunestatus 2009. ....	20
Figur 18 Faktorer med betydning for helsetilstand (ICD-10), ekskl. svangerskapskontroller og etterundersøkelse etter ondartet svulst, etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	24
Figur 19 Faktorer med betydning for helsetilstand (ICD-10) ekskl. svanger-skapskontroller og etterundersøkelse etter ondartet svulst. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	24
Figur 20 HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden (sykehuskonsultasjoner). Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	25
Figur 21 HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden (sykehuskonsultasjoner). Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	25
Figur 22 HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden (behandlinger på sykehus). Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	25
Figur 23 HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden (behandlinger på sykehus). Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	25
Figur 24 HDG 23 Faktorer som påvirker helsetilstanden (behandlinger på sykehus). Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og hoveddiagnose 2010. ....	26
Figur 25 Etterundersøkelse etter behandling for andre tilstander enn ondartet svulst (Z09) behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ...	26
Figur 26 Etterundersøkelse etter behandling for andre tilstander enn ondartet svulst (Z09) behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	26
Figur 27 Undersøkelser av person uten symptom/registrert diagnose (Z00 og Z01) eller observasjon/vurdering ved mistanke om sykdom (Z03) behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	27
Figur 28 Undersøkelser av person uten symptom/registrert diagnose (Z00 og Z01) eller observasjon/vurdering ved mistanke om sykdom (Z03) behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	27
Figur 29 Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	29
Figur 30 Sykd i muskel-/ skjelettsyst og bindevev. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	29
Figur 31 HDG 8 Sykdommer i muskel-/ skjelettsystemet og bindevev behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	29
Figur 32 HDG 8 Sykdommer i muskel-/ skjelettsystemet og bindevev behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	29
Figur 33 HDG 8 Sykdommer i muskel-/ skjelettsystemet og bindevev behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	30
Figur 34 HDG 8 Sykdommer i muskel-/ skjelettsystemet og bindevev behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	30



Figur 35 HDG 8 Sykdommer i muskel-/skjelettsystemet og bindevev behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010. ....	30
Figur 36 DRG 908A Polikliniske konsultasjoner vedrørende brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	31
Figur 37 DRG 908A Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	31
Figur 38 DRG 908C Poliklinisk konsultasjon vedrørende inflammatorisk leddsykdom behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	31
Figur 39 DRG 908C Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	31
Figur 40 DRG 908E Poliklinisk konsultasjon vedrørende tendinitt, myositt og bursitt behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	32
Figur 41 DRG 908E Poliklinisk konsultasjon vedr tendinitt, myositt og bursitt behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	32
Figur 42 DRG 808Y Ortopedisk bandasjering uten overnatting behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	32
Figur 43 DRG 808Y Ortopedisk bandasjering uten overnatting behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	32
Figur 44 DRG 908F Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr lidelser og skader i rygg og nakke. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	33
Figur 45 DRG 908F Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr lidelser og skader i rygg og nakke. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	33
Figur 46 DRG 908B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende artrose. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	33
Figur 47 DRG 908B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende artrose. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	33
Figur 48 Sykdommer i hud og underhud (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	35
Figur 49 Sykdommer i hud og underhud. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	35
Figur 50 HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	36
Figur 51 HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	36
Figur 52 HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	36
Figur 53 HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	36
Figur 54 HDG 9 Sykdommer i hud, underhud og bryst behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010. ....	37
Figur 55 Lysbehandling etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	37
Figur 56 Lysbehandling. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	37
Figur 57 DRG 809R Annen lysbehandling på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	38
Figur 58 DRG 809R Annen lysbehandling på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	38
Figur 59 DRG 809S Basal sårbehandling på sykehus uten overnatting. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	38
Figur 60 DRG 809S Basal sårbehandling på sykehus uten overnatting. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	38
Figur 61 DRG 909A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende mindre hudskader. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	39
Figur 62 DRG 909A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende mindre hudskader. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	39
Figur 63 DRG 909E Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr eksem og dermatitt. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	39
Figur 64 DRG 909E Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr eksem og dermatitt. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	39

Figur 65 Hud og veneriske sykdommer. Gjennomsnittlig ventetid på sykehus for avviklede polikliniske pasienter med/uten rett til nødvendig helsehjelp 2011. ....	40
Figur 66 Hud og veneriske sykdommer. Andel fristbrudd på sykehus for polikliniske pasienter med rett til nødvendig helsehjelp 2011. ....	40
Figur 67 Sykdommer i øre og ørebensknute (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	42
Figur 68 Sykd i øre og ørebensknute. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	42
Figur 69 HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	42
Figur 70 HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	42
Figur 71 HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	43
Figur 72 HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	43
Figur 73 HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010. ....	43
Figur 74 Tilpasning og kontroll av høreapparat etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	44
Figur 75 Tilpasning og kontroll av høreapparat. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	44
Figur 76 DRG 803U Hørselsforbedrende intervensjoner på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	44
Figur 77 DRG 803U Hørselsforbedrende intervensjoner på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	44
Figur 78 DRG 803U Hørselsforbedrende intervensjoner på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og prosedyrekode 2010. ....	45
Figur 79 DRG 803W Sammensatte diagnostiske intervensjoner på sykehus for ØNH-problemer uten overnatting. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. .	45
Figur 80 DRG 803W Sammensatte diagnostiske intervensjoner på sykehus for ØNH-problemer uten overnatting. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	45
Figur 81 DRG 903A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr betennelsestilstander i ØNH-regionen. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	46
Figur 82 DRG 903A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr betennelsestilstander i ØNH-regionen. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	46
Figur 83 Sykdommer i fordøyelsessystemet (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	48
Figur 84 Sykd i fordøyelsessystemet. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	48
Figur 85 HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	48
Figur 86 HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	48
Figur 87 HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	49
Figur 88 HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	49
Figur 89 HDG 6 Sykdommer i fordøyelsesorganene behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010. ....	49
Figur 90 Gastroskopier etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	50
Figur 91 Gastroskopier. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	50
Figur 92 Koloskopier etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	50
Figur 93 Koloskopier. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	50
Figur 94 DRG 7110 Poliklinisk endoskopi av øvre magetarmkanal på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	51
Figur 95 DRG 7110 Poliklinisk endoskopi av øvre magetarmkanal på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	51
Figur 96 DRG 7100 Koloskopi på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	51



Figur 97 DRG 7100 Koloskopi på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	51
Figur 98 DRG 906C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr smerte i mageregionen. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	52
Figur 99 DRG 906C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr smerte i mageregionen. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	52
Figur 100 DRG HDG 7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	52
Figur 101 HDG 7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	52
Figur 102 Sykdommer i sirkulasjonssystemet (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	55
Figur 103 Sykdommer i sirkulasjonssystemet. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	55
Figur 104 HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	55
Figur 105 HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	55
Figur 106 HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	56
Figur 107 HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	56
Figur 108 HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010. ....	56
Figur 109 Fysiologiske hjerteundersøkelser (EKG) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	57
Figur 110 Fysiologiske hjerteundersøkelser (EKG). Andel behandlet hos privat spesialist. ....	57
Figur 111 DRG 805S Fysiologisk hjerteundersøkelse på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	57
Figur 112 DRG 805S Fysiologisk hjerteundersøkelse på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	57
Figur 113 DRG 905O Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr andre kretsløpssykdommer. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	58
Figur 114 DRG 905O Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr andre kretsløpssykdommer. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	58
Figur 115 DRG 905E Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr sykdom i perifere blodkar. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	58
Figur 116 DRG 905E Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr sykdom i perifere blodkar. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	58
Figur 117 DRG 905A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr atrieflimmer og andre rytme- eller ledningsforstyrrelser. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	59
Figur 118 DRG 905A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr atrieflimmer og andre rytme- eller ledningsforstyrrelser. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	59
Figur 119 DRG 905B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr hypertensjon. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	59
Figur 120 DRG 905B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr hypertensjon. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	59
Figur 121 Sykdommer i nervesystemet (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	61
Figur 122 Sykd i nervesystemet. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	61
Figur 123 HDG 1 Sykdommer i nervesystemet behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	61
Figur 124 HDG 1 Sykdommer i nervesystemet behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	61
Figur 125 HDG 1 Sykdommer i nervesystemet behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	62
Figur 126 HDG 1 Sykdommer i nervesystemet behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	62

Figur 127 HDG 1 Sykdommer i nervesystemet behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010. ....	62
Figur 128 DRG 901E Annen poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr smerterelaterte tilstander. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	63
Figur 129 DRG 901E Annen poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr smerterelaterte tilstander. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	63
Figur 130 DRG 901O Poliklinisk behandling på sykehus av sykdommer i nervesystemet uten signifikant prosedyre. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	63
Figur 131 DRG 901O Poliklinisk behandling på sykehus av sykdommer i nervesystemet uten signifikant prosedyre. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	63
Figur 132 DRG 801S Poliklinisk diagnostisk intervensjon på sykehus ved tilstander i sentralnervesystemet. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	64
Figur 133 DRG 801S Poliklinisk diagnostisk intervensjon på sykehus ved tilstander i sentralnervesystemet. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	64
Figur 134 DRG 901D Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr MS, degenerative og visse andre nevrologiske lidelser. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	64
Figur 135 DRG 901D Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedr MS, degenerative og visse andre nevrologiske lidelser. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	64
Figur 136 DRG 901B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende epilepsi og andre krampetilstander. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	65
Figur 137 DRG 901B Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende epilepsi og andre krampetilstander. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	65
Figur 138 Svangerskap, fødsel og barseltid (ICD-10) inkl. svangerskapskontroller (Z34-Z36) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	67
Figur 139 Svangerskap, fødsel og barseltid inkl svangerskapskontroller. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	67
Figur 140 HDG 14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	67
Figur 141 HDG 14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	67
Figur 142 HDG 14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	68
Figur 143 HDG 14 Sykdommer under svangerskap, ....	68
Figur 144 HDG 14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og hoveddiagnose 2010. ....	68
Figur 145 Ultralyd av gravid livmor etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	69
Figur 146 Ultralyd av gravid livmor. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	69
Figur 147 Ultralyd av gravid livmor foretatt på sykehus. Aldersstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	69
Figur 148 Ultralyd av gravid livmor foretatt på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	69
Figur 149 Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid, ekskl. ultralyd av gravid livmor. Aldersstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	70
Figur 150 Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid, ekskl. ultralyd av gravid livmor. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	70
Figur 151 HDG 13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	70
Figur 152 HDG 13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	70

Figur 153 HDG 13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	71
Figur 154 HDG 13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	71
Figur 155 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010 (sykehus)/2009(Private spesialister). ....	73
Figur 156 Sykd i øyet og øyets omgivelser. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	73
Figur 157 HDG 2 Øyesykdommer behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	73
Figur 158 HDG 2 Øyesykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	73
Figur 159 HDG 2 Øyesykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	74
Figur 160 HDG 2 Øyesykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	74
Figur 161 HDG 2 Øyesykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og hoveddiagnose 2010. ....	74
Figur 162 Hoveddiagnose H40 Glaukom etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010 (sykehus)/2009(Private spesialister). ....	75
Figur 163 Hoveddiagnose H40 Glaukom. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	75
Figur 164 Hoveddiagnose H25 Aldersbetinget grå stær etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010 (sykehus)/2009(Private spesialister). ....	75
Figur 165 H25 Aldersbetinget grå stær. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	75
Figur 166 802U Poliklinisk behandling på sykehus av aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) med lokal medikamentinjeksjon eller fotodynamisk metode. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	76
Figur 167 802U Poliklinisk behandling på sykehus av aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) med lokal medikamentinjeksjon eller fotodynamisk metode. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	76
Figur 168 Endokrine sykdommer og ernærings sykdommer (ICD-10) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	77
Figur 169 Endokrine sykd og ernærings sykd. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	77
Figur 170 HDG 10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	78
Figur 171 HDG 10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	78
Figur 172 HDG 10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	78
Figur 173 HDG 10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	78
Figur 174 HDG 10 Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010. ....	79
Figur 175 DRG 910A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende diabetes mellitus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	79
Figur 176 DRG 910A Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende diabetes mellitus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	79
Figur 177 DRG 910C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende fedme og overvekt. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	80
Figur 178 DRG 910C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende fedme og overvekt. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	80
Figur 179 Sykdommer i nyre- og urinsystemet (hoveddiagnose N00-N39) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	82
Figur 180 Sykd i nyre- og urinsystemet (N00-N39). Andel behandlet hos privat spesialist. ....	82
Figur 181 HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	82
Figur 182 HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	82
Figur 183 HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	83

Figur 184 HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	83
Figur 185 HDG 11 Nyre- og urinveissykdommer behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og DRG 2010. ....	83
Figur 186 Endoskopi av nedre urinveier etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	84
Figur 187 Endoskopi av nedre urinveier. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	84
Figur 188 DRG 7180 Endoskopi av nedre urinveier på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	84
Figur 189 DRG 7180 Endoskopi av nedre urinveier på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	84
Figur 190 DRG 811R Polikliniske urologiske tiltak på sykehus, hovedsakelig diagnostiske. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	85
Figur 191 DRG 811R Polikliniske urologiske tiltak på sykehus, hovedsakelig diagnostiske. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	85
Figur 192 DRG 911C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende oppfølging av nyretransplanterte. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	85
Figur 193 DRG 911C Poliklinisk konsultasjon på sykehus vedrørende oppfølging av nyretransplanterte. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	85
Figur 194 Sykdommer i respirasjonssystemet (hoveddiagnose J12-J22, samt J40-J99), etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	88
Figur 195 Sykdommer i respirasjonssystemet (hoveddiagnose J12-J22, samt J40-J99). Andel behandlet hos privat spesialist. ....	88
Figur 196 HDG 4 Sykdommer i åndedretsorganene behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	88
Figur 197 HDG 4 Sykdommer i åndedretsorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	88
Figur 198 HDG 4 Sykdommer i åndedretsorganene behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	89
Figur 199 HDG 4 Sykdommer i åndedretsorganene behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	89
Figur 200 Hoveddiagnose J45 Astma etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	89
Figur 201 Hoveddiagnose J45 Astma. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	89
Figur 202 Hoveddiagnose J44 KOLS etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	90
Figur 203 Hoveddiagnose J44 KOLS. Andel behandlet hos privat spesialist. ....	90
Figur 204 Hoveddiagnose J45 Astma behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	90
Figur 205 Hoveddiagnose J45 Astma behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	90
Figur 206 Hoveddiagnose J44 KOLS behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	91
Figur 207 Hoveddiagnose J44 KOLS behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus 2010. ....	91
Figur 208 Svulster inkl etterundersøkelser (Z08) etter behandlingssted (sykehus/privat spesialist). Standardiserte rater 2010/2009. ....	93
Figur 209 Svulster inkl etterundersøkelser (Z08). Andel behandlet hos privat spesialist. ....	93
Figur 210 Svulster inkl etterundersøkelser (Z08) behandlet på sykehus. Konfidensintervall for alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde 2010. ....	93
Figur 211 Svulster inkl etterundersøkelser (Z08) behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde 2010. ....	93
Figur 212 Etterundersøkelse etter ondartet svulst (hoveddiagnose Z08) behandlet på sykehus. Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde og vertskommunestatus. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010. ....	94
Figur 213 Etterundersøkelse etter ondartet svulst (hoveddiagnose Z08) behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus. Bosatte Helse Nord 2010. ....	94



Figur 214 Svulster inkl etterundersøkelser (Z08) behandlet på sykehus. Alders- og kjønnsstandardiserte rater etter boområde og hoveddiagnosegruppe (HDG) 2010. ....	94
Figur 215 HDG 30 Sykdommer i bryst behandlet på sykehus. Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde og vertskommunestatus. Alders- og kjønnsstand. tall 2010. ....	95
Figur 216 HDG 30 Sykdommer i bryst behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus. Bosatte Helse Nord 2010. ....	95
Figur 217 HDG 17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster behandlet på sykehus. Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde og vertskommunestatus. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010. ....	96
Figur 218 HDG 17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus. Bosatte Helse Nord 2010. ....	96
Figur 219 HDG 12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde og vertskommunestatus. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010. ....	97
Figur 220 HDG 12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus. Bosatte Helse Nord 2010. ....	97
Figur 221 HDG 16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparatet behandlet på sykehus. Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter boområde og vertskommunestatus. Alders- og kjønnsstandardiserte tall 2010. ....	98
Figur 222 HDG 16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparatet behandlet på sykehus. Antall konsultasjoner per pasient etter boområde og vertskommunestatus. Bosatte Helse Nord 2010. ....	98
Figur 223 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Kirkenes versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene i Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010. ....	99
Figur 224 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Hammerfest versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene i Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010. ....	101
Figur 225 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Tromsø versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010. ....	102
Figur 226 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Harstad versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010. ....	103
Figur 227 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Narvik versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010. ....	104
Figur 228 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Vesterålen versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010. ....	106
Figur 229 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Lofoten versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010. ....	107
Figur 230 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Bodø versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010. ....	108
Figur 231 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Rana versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010. ....	110
Figur 232 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Mosjøen versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010. ....	111
Figur 233 Antall ikke-kirurgiske polikliniske konsultasjoner på sykehus etter HDG. Bosatte i boområdet Sandnessjøen versus gjennomsnittet for de øvrige boområdene Helse Nord. Alders- og kjønnsstandardiserte rater 2010. ....	113
Figur 234 Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbygger etter kommune (Helse Nord) og behandlingssted (offentlig versus privat). Eksklusive dagkirurgi, kjemoterapi, stråleterapi og rehabilitering. Standardiserte rater 2009/2010. ....	117
Figur 235 Andel polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister etter kommune 2009. ....	117

## Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

### Postadresse

SKDE  
Postboks 6  
9038 Tromsø

### Besøksadresse

Universitetssykehuset Nord Norge  
Plan 5, Fløy C0  
Sykehusveien 38  
Breivika  
9038 Tromsø

### Kontakt

Tlf.nr 77 75 58 00  
E-post [post@skde.no](mailto:post@skde.no)

### Internett

[www.skde.no](http://www.skde.no)  
[www.kvalitetsregistre.no](http://www.kvalitetsregistre.no)