

SKDE rapport Nr. 3/2016
Forfattere Trygve Deraas, Petter Otterdal og Bård Uleberg
Gradering Åpen
Status Endelig
Dato August 2016

Forsidefoto: Colourbox

ISBN: 978-82-93141-22-8

Alle rettigheter SKDE.

Innhold

1	Innledning	5
1.1	Bakgrunn	5
1.2	Rapportens formål	6
1.3	Rapportens struktur	6
1.4	Konsulterte spesialister	6
2	Datagrunnlag og metode	7
2.1	Datagrunnlag	7
2.2	Utvalg	7
2.3	Metode	8
3	Oversikt over totalforbruket i Norge	9
3.1	Innledning	9
3.2	Døgninnleggelser	9
3.3	Dagbehandling	11
3.4	Poliklinikk	12
4	Avtalespesialister i Helse Nord	14
4.1	Innledning	14
4.2	Avtaler	14
5	Øyesykdommer	15
5.1	Innledning	15
5.2	Aktivitet hos avtalespesialist og på offentlig sykehus	17
5.2.1	Diagnoser	17
5.2.2	Prosedyrer	18
5.3	Lokal variasjon	19
5.4	Injeksjonsbehandling	20
5.5	Kronikere	21
6	Øre-nese-hals-sykdommer	22
6.1	Innledning	22
6.2	Aktivitet hos avtalespesialist og på offentlig sykehus	24
6.2.1	Diagnoser	24
6.2.2	Prosedyrer	25
6.3	Lokal variasjon	26
6.4	Hørselstap	27
6.5	Avstand og forbruk	27
6.5.1	Avtalespesialist	27

6.5.2 Offentlig sykehus	28
7 Hudsykdommer	29
7.1 Innledning	29
7.2 Aktivitet hos avtalespesialist og på offentlig sykehus	31
7.2.1 Diagnoser	31
7.2.2 Prosedyrer	32
7.3 Lokal variasjon	33
7.4 Lysbehandling	34
8 Gynekologiske sykdommer	36
8.1 Innledning	36
8.2 Aktivitet hos avtalespesialist og på offentlig sykehus	38
8.2.1 Diagnoser	38
8.2.2 Prosedyrer	39
8.3 Lokal variasjon	40
8.4 Lettere gynekologiske tilstander og prosedyrer	41
9 Indremedisin	42
9.1 Innledning	42
9.2 Aktivitet hos avtalespesialist og på offentlig sykehus	44
9.2.1 Diagnoser	44
9.2.2 Prosedyrer	45
9.3 Lokal variasjon	46
9.4 Indremedisinske subspecialiteter	47
9.4.1 Hjertemedisin hos avtalespesialister	47
9.4.2 Lungemedisin hos avtalespesialister	48
9.4.3 Gastromedisin hos avtalespesialister	49
10 Sammendrag	51
Vedlegg A Oversikt over avtaler og avtalespesialister, Helse Nord	54
Vedlegg B ØNH-medisin: Forbruk fordelt på kommuner og boområder	56

Kapittel 1

Innledning

1.1 Bakgrunn

Over mange tiår har et moderat antall legespesialister arbeidet privat utenfor sykehus. Fra 1993 fikk alle avtalespesialister med fylkeskommunal driftsavtale rett til trygderefusjon. Avtalene ble overført til de regionale helseforetakene (RHF-ene) ved helseforetaksreformen i 2002. Reformen ga RHFene et «sørge-for-ansvar» som medførte et økt behov for at private sykehus og avtalespesialister skulle bidra til å bedre behandlingsskapiteten i spesialisthelsetjenesten.

Myndighetene foreslo i 2010 at spesialisthelsetjenesten på noen områder burde desentraliseres og utvikles i takt med utviklingen i kommunehelsetjenesten. Dette kunne skje enten på poliklinikk eller dagbehandling ved lokalmedisinske sentre, hos ambulerende legespesialist fra sykehus eller hos avtalespesialist med egen praksis¹.

Solberg-regjeringen ønsket å redusere helsekøene og styrke pasientrettighetene ved å gi private aktører en utvidet rolle blant annet ved å innføre såkalt fritt behandlingsvalg hvor pasientene selv kan velge om de vil behandles på et offentlig sykehus, hos avtalespesialist eller på privat sykehus med offentlig avtale².

Videre ble det fra begynnelsen av 2015 gradvis innfaset såkalte pakkeforløp³ for 28 ulike krefttilstander. Dette innebærer at de offentlige sykehusene pålegges å gi pasienter med predefinerte alarmsymptomer time ved offentlige sykehus innen åtte virkedager. Innføringen av ny pasient og brukerrettighetslov fra 1. november 2015 pålegger sykehusene å gi alle pasienter rett til nødvendig helsehjelp, og kortere frister i henhold til nye prioriteringsveileder⁴. Mens fritt behandlingsvalg kan tenkes å øke aktiviteten hos avtalespesialister, vil de to sistnevnte tiltak kunne føre til økt aktivitet i de offentlige sykehusene.

Med bakgrunn i disse utviklingstrekkene har vi ønsket å beskrive omfanget av pasientbehandling hos avtalespesialister i Helse Nord som del av det samlede spesialisthelsetjenestetilbudet. Samtidig håper vi at rapporten kan danne et godt grunnlag for å vurdere hvordan effekten av

¹St.meld nr. 16 (2010 - 2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015*, side 60.

²Prop. 56 L (2015 - 2016). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*.

³Se <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-kreft-generell-informasjon-for-alle-pakkeforlovene-for-kreft/>

⁴Se <https://helsedirektoratet.no/prioritering/prioriteringsveiledere-for-spesialisthelsetjenesten>

utviklingstrekkene innvirker på forbruket av avtalespesialister og de offentlige sykehusene i årene framover.

1.2 Rapportens formål

Hovedformålet med rapporten er å beskrive aktiviteten på noen utvalgte fagområder hos avtalespesialister og på offentlig sykehus i Helse Nord. Aktiviteten i Helse Nord sammenlignes også med aktiviteten i de andre regionale helseforetakene på overordnet nivå. For hvert fagområde har vi fokusert på følgende tre problemstillinger:

Fordeling mellom avtalespesialister og offentlig sykehus: Hvordan fordelte bruken av helsetjenester på aktuelle fagområder seg mellom avtalespesialister og offentlige sykehus?

Forskjeller i pasientkarakteristika og aktivitet: Hvilke pasienter ble behandlet hos avtalespesialister, og skilte disse seg fra pasienter behandlet i offentlige sykehus?

Geografisk variasjon: Hvordan varierte bruken av avtalespesialister og offentlige helsetjenester på aktuelle fagområder mellom ulike boområder, og innvirker eventuelle forskjeller i bruk av avtalespesialister inn på det totale spesialisthelsetjenesteforbruket?

1.3 Rapportens struktur

Innledningsvis sammenliknes forbruket i Helse Nord med forbruket de andre helseregionene på overordnet nivå; både for døgninnleggelser, dagbehandling og poliklinikk. Tilsvarende tall for de bosatte i lokalsykehusområdene i Helse Nord er også tatt med her.

Hoveddelen av rapporten omhandler de aktuelle fagområdene enkeltvis, hvor forbruksmønstret beskrives for både avtalespesialister og offentlige sykehus. Her omtales også eventuelle fagspesifikke temaer. I sammendraget til slutt oppsummeres funnene i forhold til rapportens formål.

1.4 Konsulterte spesialister

Vi har underveis i arbeidet med denne rapporten vært i kontakt med spesialister på de forskjellige fagområdene. Disse har kommentert kapittelutkast og kommet med forslag til analyser, men står ikke ansvarlige for sluttproduktet. Takk til Terje Christoffersen, Kristian Fossen, Jan Magnus Kvamme, Per Christian Moe, Ingard Nilsen, Henrik Schirmer og Niels Chr. Stenklev.

Kapittel 2

Datagrunnlag og metode

2.1 Datagrunnlag

Data er hentet fra avtalespesialistfil og sykehusoppholdsfil fra Norsk pasientregister (NPR) for perioden 2011 - 2014. SKDE har konsesjon for å behandle disse helseopplysningene fra Datatilsynet, godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Nord-Norge, samt dispensasjon fra taushetsplikt fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Filene inneholder tillegg til pasientkarakteristika, som for eksempel bosted og kjønn, enkelte administrative og medisinske data knyttet til pasientbehandlingen. Dette gjelder data om institusjoner, behandlingsnivå og diagnosekoder (ICD-10). Når det gjelder prosedyrekoder benytter de offentlige sykehusene "Systemet for medisinske, kirurgiske og radiologiske prosedyrer" (NCMP, NCSP og NCRP) for registrering av gjennomførte prosedyrer. Avtalespesialister benytter i mindre grad dette systemet siden deres aktivitet er finansielt koblet til prosedyretakster i Normaltariffen. Vi har derfor brukt takstene i Normaltariffen for å beskrive innholdet i aktiviteten hos avtalespesialistene.

Det er viktig å være klar over at det ikke nødvendigvis er knyttet en prosedyre til hver konsultasjon. Mange konsultasjoner er uten registrert prosedyre, mens andre konsultasjoner kan ha flere forskjellige prosedyrer registrert. Totaltallet for prosedyrer vil derfor ikke kunne sammenliknes med antall konsultasjoner. Prosedyrer og hoveddiagnoser telles altså på forskjellige måter.

Dataene baserer seg på de opplysninger som er lagt inn av det enkelte sykehus og den enkelte avtalespesialist, og som er kontrollert av NPR. Kodepraksis vil kunne variere mellom sykehus og de enkelte klinikker.

2.2 Utvalg

Alle analyser gjelder såkalte boområder, det vil si for befolkningen bosatt i et gitt område. Vi benytter begrepet boområde for den samling kommuner som utgjør opptaksområdet til et lokalsykehus.

I kapittel 3 beskrives totalrater for alle som er bosatt i Norge og behandlet ved norske sykehus eller hos avtalespesialister i perioden 2011 – 2014. I hoveddelen av rapporten (kapitlene 5, 6, 7, 8

og 9) beregnes rater og antall konsultasjoner for pasienter bosatt i Helse Nord som er behandlet ved norske sykehus og hos avtalespesialister på utvalgte fagområder i samme periode.

2.3 Metode

Analysene er utført med et befolkningsperspektiv, dvs. sammenlikning av forbruket av helse-tjenester mellom geografiske boområder. I slike analyser vil det i større eller mindre grad være variasjon i forbruket mellom de geografiske boområdene. Det kan være mange årsaker til for-bruksvariasjon. Variasjonen kan skyldes forskjeller i sykkelighet, forskjeller i befolkningssam-mensetning (sosiøkonomi, alder og kjønn, avstand), forskjeller i medisinsk praksis og tilbud, eller forskjeller i pasientpreferanser. I tillegg kan også tilfeldig variasjon være av betydning. Innslaget av tilfeldig variasjon vil være størst i analyser av geografiske områder med få inn-byggere eller analyser av helsetjenester med lavt volum.

For å gjøre boområder sammenlignbare fremstilles forbruk pr. innbygger i stedet for totale tall. I denne rapporten har vi beregnet rater pr. 1 000 innbyggere. Ratene er justert for kjønn¹ og alder.

¹På fagområde gynekologi er ikke ratene justert for kjønn siden vi her bare har kvinner i utvalget. Vi mangler kjønn for mange pasienter hos avtalespesialist på fagområdet hud. Ratene her er derfor også bare justert for alder.

Kapittel 3

Oversikt over totalforbruket i Norge

3.1 Innledning

Dette kapitlet viser totaltall for de bosatte i de ulike regionale helseforetakene for døgninnleggelser, dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner fordelt på offentlige sykehus, private sykehus¹ og avtalespesialister. Det redegjøres også for bruken av offentlige og private tjenester for de ulike behandlingsnivåene for lokalsykehusområdene i Helse Nord.

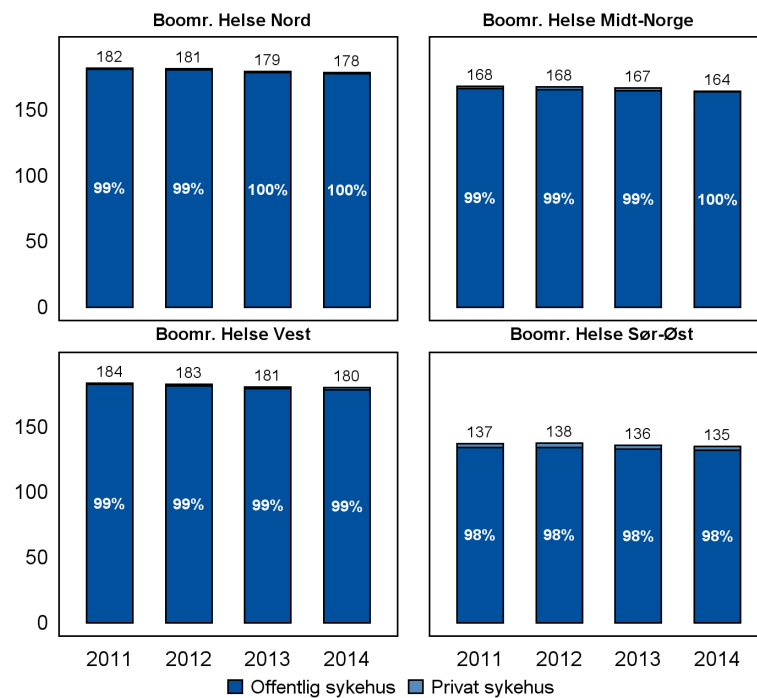
3.2 Døgninnleggelser

Figur 3.1 viser rater for døgninnleggelser for bosatte i Norge på offentlige og private sykehus fordelt på de regionale helseforetakene. Vi ser at døgninnleggelser i all hovedsak skjedde på offentlige sykehus, og at andelen døgnopphold ved private sykehus var lav i hele perioden, også i Helse Nord.

Figur 3.2 viser rater for døgninnleggelser fordelt på boområdene i Helse Nord. De bosatte i Mosjøen, Sandnessjøen, Rana og Tromsø hadde ikke innleggelser i private sykehus, mens det for de andre boområdene var ca. 1% av totalt antall innleggelser på private sykehus.

¹I NPR finnes kun data for den delen av aktiviteten på private sykehus som er offentlig finansiert

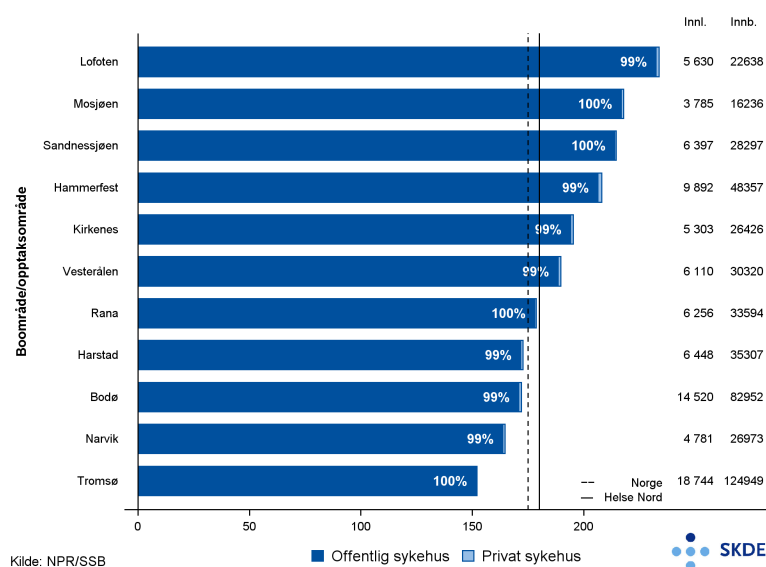
Kapittel 3. Oversikt over totalforbruket i Norge



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.1: Døgninnleggelser for bosatte i Norge fordelt på de regionale helseforetakene, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, offentlig og privat sykehus, totalrate i antall tusen over søylen, andel innleggelser i det offentlige inne i søylen, gj. snitt 2011 - 2014.



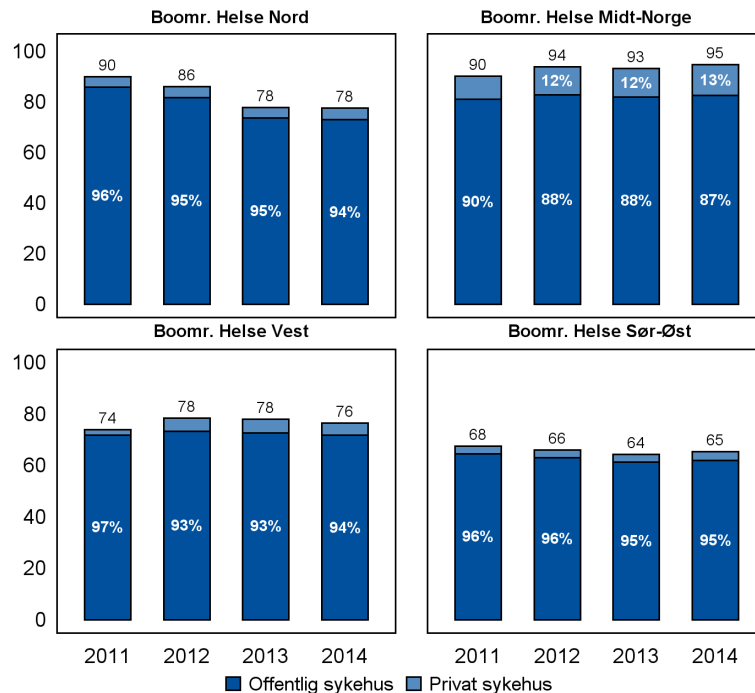
Kilde: NPR/SSB



Figur 3.2: Døgninnleggelser for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, offentlig og privat, antall innleggelser og antall innbyggere, gj.snitt 2011 - 2014.

3.3 Dagbehandling

I figur 3.3 ser vi at andelen private dagbehandlinger var lav, men gjennomgående noe høyere i alle helseregioner enn andelen for døgninnleggelser. Andelen privat forbruk steg svakt i alle helseregioner gjennom perioden. For Helse Nord lå forbruket på 4 % i 2011 og steg til 6 % i 2014. For Helse Midt steg forbruket fra 10 % i 2011 til 13 % i 2014. For Helse Sør-Øst og Helse Vest var forbruket omtrent som for Helse Nord.

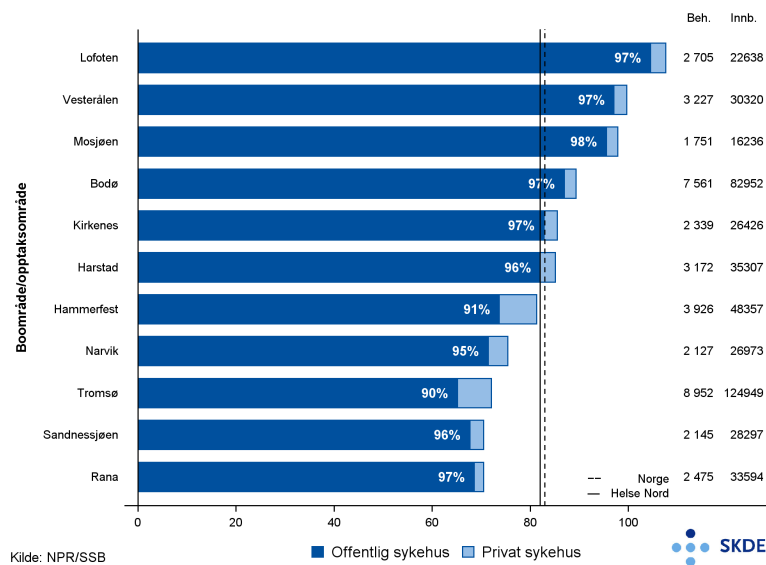


Kilde: NPR/SSB



Figur 3.3: Dagbehandlinger for bosatte i Norge fordelt på de regionale helseforetakene, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, offentlig og privat sykehus, totalrate i antall tusen over søylen, andel behandlinger i det offentlige inne i søylen, gj. snitt 2011 - 2014.

Figur 3.4 viser rater for bosatte i lokalsykehusområdene i Helse Nord. Her ser vi at boområdene Hammerfest og Tromsø hadde størst forbruk av dagbehandlinger på private sykehus med andeler på 9 og 10 % . Begge disse boområdene lå likevel under gjennomsnittet i forbruk av dagbehandlinger i Helse Nord. For de andre boområdene var andelen dagbehandlinger på private sykehus relativt lik (2 - 5 %). Vi finner ingen direkte sammenheng mellom et høyere privat forbruk og totalforbruket av dagbehandlinger. Vi kan således ikke forklare den observerte variasjon mellom boområder med forskjeller i privat forbruk.



Figur 3.4: Dagbehandlinger for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, offentlig og privat, antall behandlinger og antall innbyggere, gj.snitt 2011 - 2014.

3.4 Poliklinikk

I figur 3.5 ser vi at andelen privat aktivitet var noe større. Samlet ivaretok avtalespesialister gjennomsnittlig 23 % av alle polikliniske konsultasjoner i Norge i perioden.

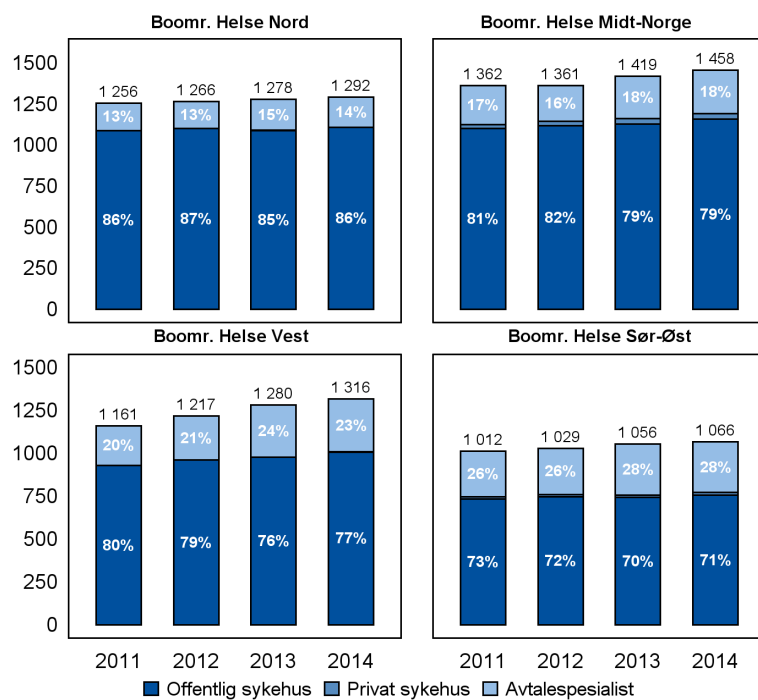
Forbruket av avtalespesialister var lavest i Helse Nord og høyest i Helse Sør-Øst: i 2014 var 14 % av det totale forbruket i Helse Nord hos avtalespesialister, mens det var dobbel så høy andel avtalespesialistforbruk i Helse Sør-Øst.

Fordeler vi forbruket² på boområder i Helse Nord ser vi at Kirkenes og Helgelandssykehuset Mosjøen hadde lavest forbruk av avtalespesialister, mens boområdene Rana, Narvik, Tromsø og Bodø hadde størst forbruk (se figur 3.6). Boområdene med høyest forbruk hos avtalespesialister lå nær gjennomsnittet i totalforbruket av poliklinikk i Helse Nord, med unntak av Rana som lå endel over snittet.

Vi finner ingen direkte sammenheng mellom et høyere forbruk hos avtalespesialister og totalforbruket av poliklinikk, og kan således ikke forklare den observerte variasjon mellom boområder med forskjeller i forbruk hos avtalespesialister.

²I perioden er det totalt 2615 polikliniske konsultasjoner på private sykehus for bosatte i Helse Nord. Disse er tatt ut her.

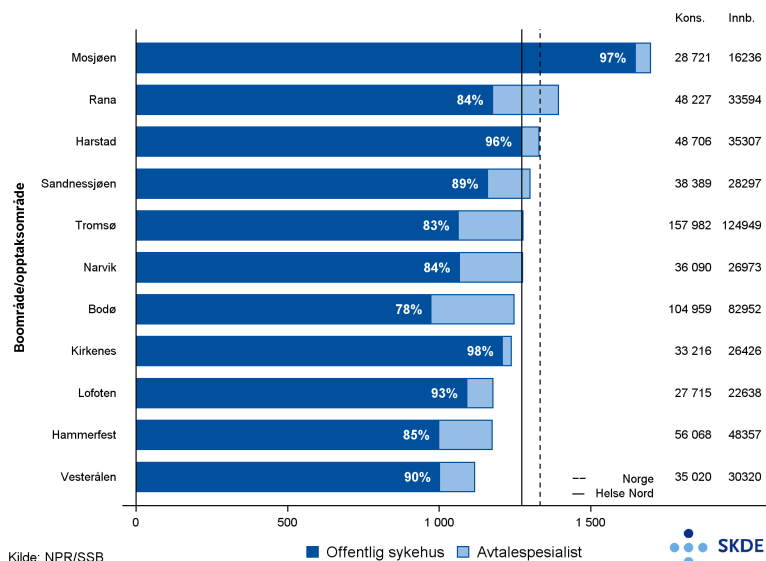
Kapittel 3. Oversikt over totalforbruket i Norge



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.5: Polikliniske konsultasjoner for bosatte i Norge fordelt på de regionale helseforetakene, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, offentlig sykehus, privat sykehus og avtalespesialist, totalrate i antall tusen over søylen, andel konsultasjoner i det offentlige inne i søylen, gj. snitt 2011 - 2014.



Kilde: NPR/SSB



Figur 3.6: Polikliniske konsultasjoner for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, offentlig sykehus og avtalespesialist, antall konsultasjoner og antall innbyggere, gj.snitt 2011 - 2014.

Kapittel 4

Avtalespesialister i Helse Nord

4.1 Innledning

I de følgende kapitler har vi beskrevet aktiviteten til avtalespesialistene i Helse nord på utvalgte fagområder. Vi beskriver også aktiviteten på offentlige sykehus. Aktiviteten hos avtalespesialister på et gitt fagområde er ikke umiddelbart sammenlignbar med det som foregår på tilsvarende fagområde på sykehus. Fagområdene defineres forskjellig i NPR for avtalespesialistene og for sykehus. Både volum på og bredden i aktiviteten er også stort sett mye større på offentlig sykehus. Noen spesialister med avtale tilbyr også det som kan regnes som vanlige primærlegeoppgaver i tillegg til aktiviteten på sitt fagområde, og dette kan være vanskelig å skille på noen fagområder.

4.2 Avtaler

Helse Nord har inngått avtale med avtalespesialister tilsvarende rundt 36 fulle årsverk de siste årene (Se tabell [A.1](#) i vedlegg [A](#)). Flest avtalespesialistårsverk har vært knyttet til øyefaget. Avtalespesialistene innen øre-nese-hals, indremedisin og gynekologi var også betydelige aktører i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Avtalene med hudspesialist har hatt et noe mer beskjedent omfang i perioden. I denne rapporten ser vi nærmere på disse fagområdene.

I tabell [A.2](#) finnes en oversikt over avtalespesialister og antall konsultasjoner i perioden fordelt på fagområder slik de er definert i våre utvalg.

Kapittel 5

Øyesykdommer

5.1 Innledning

Avtalespesialister i øyefaget sto for en betydelig andel av det totale avtalespesialistarbeidet i landsdelen, med nesten 50 % av den totale dag og polikliniske behandling. Avtalespesialistene utførte viktig spesialistarbeid og avlastet sykehusene, som i sin tur ser ut til å ha utført mer avansert behandling på sykere pasienter. Vi finner betydelig geografisk variasjon i avtalespesialistandel og konsultasjonsrate både totalt og for injeksjonsbehandling.

I 2014 hadde avtalespesialister i øyefaget aktivitet tilsvarende 19 årsverk, en økning på fire årsverk siden 2011. Med dette utgjorde de flertallet blant avtalespesialistene i Helse Nord, og de var viktige aktører i behandlingen av øyesykdommer i landsdelen. Avtalespesialistene er ment å utgjøre en andrelinjetjeneste i behandling av øyesykdommer, mens sykehusspesialistene fortrinnsvis skal håndtere de mer alvorlig syke pasientene eller gi mer avansert behandling. På denne måten har man i øyefaget forsøkt å etablere en "funksjonsfordeling" mellom øyespesialister i og utenfor sykehus.

Tabell 5.1: Øyekonsultasjoner på offentlig sykehus og hos avtalespesialister, endring, gjennomsnittlig antall og andel, 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014	Endr. 11-14	Gj.snitt 11-14	Andel 11-14
Offentlig sykehus	30 466	32 768	33 783	35 023	15%	33 010	45%
Avtalespesialist	40 698	38 617	42 222	42 453	4.3%	40 998	55%
Total	71 164	71 385	76 010	77 476	8.9%	74 009	100%

Øyekonsultasjoner er i denne analysen definert som polikliniske konsultasjoner og dagkirurgi på sykehus i hoveddiagnosegruppe 3, *øyesykdom*, og alle konsultasjoner hos avtalespesialister med variabelen fag lik øye. I 2014 ble det totalt registrert 77 476 øyekonsultasjoner for bosatte i Helse Nord, en økning på 8.9 % fra 2011 (se tabell 5.1). Antall konsultasjoner på offentlig sykehus økte med 15 % i samme tidsrom, mens økningen for avtalespesialistene var litt over 4 %. Andelen konsultasjoner hos avtalespesialistene falt med 2 % i tidsrommet. Dette kan tyde på at tilbudet på offentlige sykehus er blitt utvidet, og sannsynligvis kan tilskrives bedre behandlingsmuligheter for sykdommer på netthinnen, som tidligere medførte blindhet eller uttalt svaksynthet (aldersrelatert makuladegenerasjon, karokklusjoner og diabetesrelatert netthinnesykdom).

I tabell 5.2 ser vi at det ble registrert i gjennomsnitt 39 530 pasienter bosatt i Helse Nord med

Tabell 5.2: Alle øyekonsultasjoner, pasienter og kons. pr. pasient, 2011-2014.

	År	Kons.	Pers.	Kons. pr. pas.
Offentlig pasient	2011	26 247	12 795	2.1
	2012	28 154	13 122	2.1
	2013	28 862	13 268	2.2
	2014	30 300	13 687	2.2
Privat pasient	2011	37 075	24 697	1.5
	2012	35 207	23 722	1.5
	2013	38 426	25 030	1.5
	2014	38 763	24 501	1.6
Off. og priv. pasient	2011	7 842	1 750	4.5
	2012	8 024	1 786	4.5
	2013	8 722	1 919	4.5
	2014	8 413	1 843	4.6
Total	\bar{x}	74 009	39 530	1.9

en eller flere øyekonsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, med lite variasjon mellom årene. I gjennomsnitt i perioden var 62 % av pasientene kun hos avtalespesialist (ca. 50 % av konsultasjonene), mens 4.6 % av pasientene var både på offentlig sykehus og hos avtalespesialist (11.2 % av antall konsultasjoner totalt). Dette illustrerer at de fleste pasienter ble fulgt opp enten i sykehus eller hos avtalespesialist, og kan indikere at “funksjonsfordelingen” fungerte ¹.

Det var gjennomsnittlig 2,2 konsultasjoner pr. pasient i offentlig sykehus og 1,5 konsultasjoner pr. pasient hos avtalespesialist i perioden. Pasienter som både besøkte sykehus og avtalespesialist, hadde gjennomsnittlig 4,5 konsultasjoner, noe som kan indikere at pasienter som benyttet seg av begge instanser hadde et mer komplisert sykdomsbilde eller at de ble kontrollert oftere.

Tabell 5.3: Antall og gjennomsnittsalder etter kjønn, øyekonsultasjoner på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, gj. snitt 2011 - 2014.

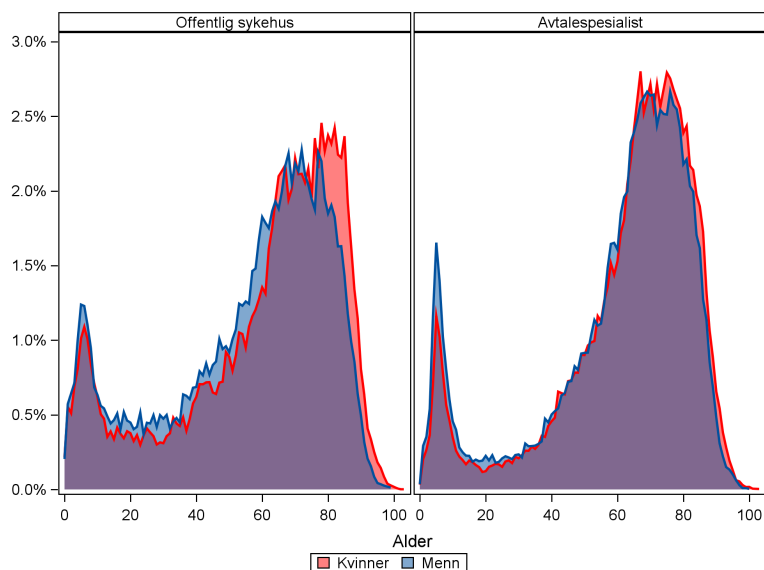
	Kvinner	Menn	Alder, kvinner	Alder, menn	Alder, begge kjønn
Offentlig sykehus	69 405	62 635	60	56	58
Avtalespesialist	92 324	71 475	63	60	62
Total	161 729	134 110	62	58	60

Tabell 5.3 viser alder og kjønn på pasientene som hadde konsultasjoner knyttet til øyefaget. Det var litt lavere gjennomsnittsalder for øyepasienter i offentlig sykehus enn hos avtalespesialister (58 år versus 62 år), og mannlige øyepasienter var generelt litt yngre enn kvinnelige (58 år versus 62 år) når de besøkte øyespesialist.

I figur 5.1 ser vi at en større andel av den mannlige enn den kvinnelige totalbefolkningen ble behandlet i sykehus i alderen 10 - 60 år. Over 80 år ser bildet motsatt ut. Hos avtalespesialist ser vi ingen slike kjønnsforskjeller.

Videre ser vi at barn opp til 10 år stort sett ble behandlet i det offentlige, og at andelen av befolkningen som behandles hos øyelege var på sitt høyeste i aldersgruppen mellom 60 og 80 år.

¹Mangler i koblingen mellom offentlige og private data i NPR gjør at vi ikke kan følge alle pasienter mellom sykehus og avtalespesialister. Dette gjelder ca. 7113 kontakter i 2011 og 3082 kontakter i 2012. Det er altså mulig at vi for disse årene teller for mange unike pasienter.



Figur 5.1: Aldersfordeling for pasienter med konsultasjon for øyesykdom, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, kvinner og menn, gj.snitt 2011 - 2014.

5.2 Aktivitet hos avtalespesialist og på offentlig sykehus

5.2.1 Diagnoser

Vurderer vi aktiviteten hos avtaleavtalespesialister utfra gitt hoveddiagnose, ser vi at omlag 57 % av alle polikliniske øyekonsultasjoner var knyttet til de fem vanligste diagnosene (se tabell 5.4). Dette innbefattet stær-sykdommer, diabetes og synsundersøkelser.

Tabell 5.4: Hoveddiagnoser for øyekonsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 H25 Aldersbetinget grå stær	6 888	16.8%
2 H40 Glaukom (glaucoma)	6 540	16.0%
3 Z96 Status med andre funksjonelle implantater	3 423	8.3%
4 E11 Diabetes mellitus type II	3 399	8.3%
5 H52 Brytningsforstyrrelser og akkomodasjonsforstyrrelser	3 212	7.8%
6 H35 Andre sykdommer i netthinne (retina)	2 819	6.9%
7 H02 Andre tilstander i øyelokk (palpebra)	1 418	3.5%
8 E10 Diabetes mellitus type I	1 141	2.8%
9 H26 Annen grå stær	903	2.2%
10 H50 Annen form for skjeling	838	2.0%
Andre diagnoser	10 418	25.4%
Total	40 998	100.0%

Tabell 5.5 viser hyppigst brukte hoveddiagnoser for øyekonsultasjoner på offentlig sykehus. Nesten halvparten av alle konsultasjoner var knyttet til de fem vanligste diagnosene. Dette omfattet sykdommer i netthinne inklusive glaukom (grønn stær), implantatkontroller, grå stær og betennelse i øyets regnbuehinne (iridosyklitt).

Kapittel 5. Øyesykdommer

Tabell 5.5: Hoveddiagnoser for øyekonsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 H35 Andre sykdommer i netthinne (retina)	6 079	18.4%
2 H40 Glaukom (glaucoma)	3 364	10.2%
3 H25 Aldersbetinget grå stær	3 029	9.2%
4 Z96 Status med andre funksjonelle implantater	1 917	5.8%
5 H20 Iridosyklitt	1 694	5.1%
6 Z01 Andre spesielle undersøkelser og utr. av personer uten symptomer eller registrert diagnose	1 381	4.2%
7 H34 Karokklusjon i netthinne (retina)	1 345	4.1%
8 H50 Annen form for skjeling	1 318	4.0%
9 H52 Brytningsforstyrrelser og akkomodasjonsforstyrrelser	1 308	4.0%
10 E11 Diabetes mellitus type II	901	2.7%
Andre diagnoser	10 674	32.3%
Total	33 010	100.0%

5.2.2 Prosedyrer

Vi ønsket også å vurdere innholdet i konsultasjonene ut fra hvilke prosedyrekoder som er benyttet. Siden det benyttes ulike prosedyrekoder hos avtalespesialister og på offentlige sykehus (se kapittel 2.1) vil en sammenlikning av aktivitet på sykehus og hos avtalespesialister ut fra prosedyrekoder bli noe ufullstendig.

Tabell 5.6 viser aktiviteten hos avtalespesialister ut fra bruk av prosedyrekoder i Normaltariffen². Det ble utført flest prosedyrer for undersøkelse av bakre avsnitt. Det var ca. 2000 kataraktoperasjoner pr. år (3.1 % av totalt antall takster).

Tabell 5.6: Prosedyrer i normaltariffen for øyekonsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 404b Fotografering eller digital registrering av bakre avsnitt (SLO)	15 811	24.3%
2 412 OCT (Optical Coherence Tomography) av bakre avsnitt	14 573	22.4%
3 405b Tillegg for autoperimetri/Goldmann	10 636	16.3%
4 405a Ultralyd/Pachymetri	6 630	10.2%
5 409 Tillegg for bruk av kontaktglass	4 657	7.2%
6 K01a Kataraktoperasjon, inntil 500 operasjoner per kalenderår	2 008	3.1%
7 408a Merarbeid ved undersøkelse av barn under 7 år	1 906	2.9%
8 407 Laseroperasjon	1 241	1.9%
9 404a Fotografering av fremre avsnitt	1 170	1.8%
10 Dr	1 169	1.8%
Andre prosedyrer	5 278	8.1%
Total	65 078	100.0%

Gitt at prosedyrekoder som benyttes på offentlig sykehus beskriver virksomheten ser vi i tabell 5.7 at nær 80 % av de medisinske prosedyrekodene omhandlet undersøkelse og behandling av øyebunn (inkludert fundus).

Tilsvarende ser vi at nær 55 % av kirurgiske prosedyrer på offentlig sykehus var knyttet til injeksjon i glasslegemet (tabell 5.8).

²Koden *Dr* finnes ikke i kodeverket og det er uklart for oss hva som menes med denne.

Kapittel 5. Øyesykdommer

Tabell 5.7: Medisinske prosedyrer for øyekonsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

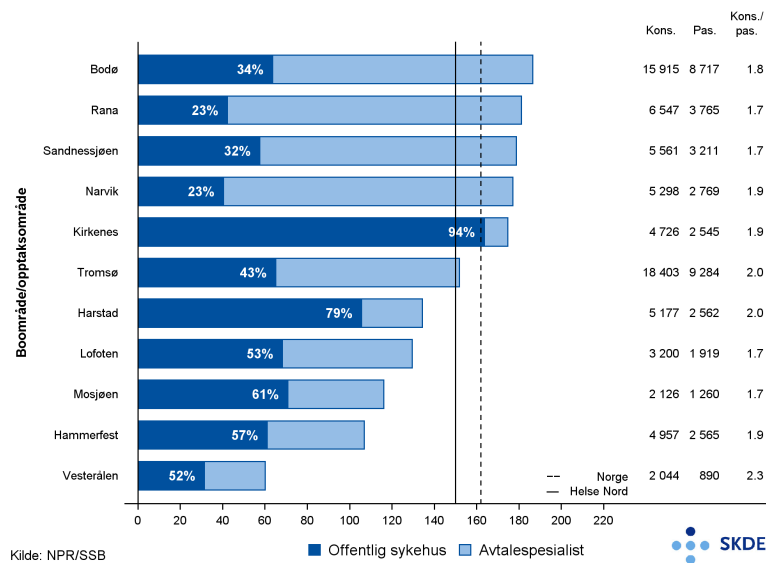
	Antall	Prosent
1 CKFX16 Undersøkelse av øyenbunnsstruktur med lysbølgebasert teknikk	7 966	37.0%
2 CKDP10 Fundusfotografi	6 844	31.8%
3 CXX00 Perimetri	1 850	8.6%
4 CDFX10 Akselengdemåling av øyeglobus	918	4.3%
5 CEFX00 Utredning av skjeling	694	3.2%
6 WEOA00 Ekstern stråleterapi, høyenergetisk (MV)	605	2.8%
7 CGFX15 Måling av korneatykkelse (pachymetri)	354	1.6%
8 CDDP20 Fotoangiografi av øye	270	1.3%
9 WBG45 Administrasjon av legemiddel ved lokal applikasjon	254	1.2%
10 CGFX05 Keratometri	220	1.0%
Andre prosedyrer	1 541	7.2%
Total	21 513	100.0%

Tabell 5.8: Kirurgiske prosedyrer for øyekonsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 CKD05 Injeksjon av medikament i corpus vitreum	5 036	55.4%
2 CJE20 Fakoemulsifikasjon med implantasjon av kunstig linse i bakre kammer	1 555	17.1%
3 CKC12 Transpupillær laserbehandling av retina	418	4.6%
4 CJB10 Laserdiscisjon av sekundær katarakt	291	3.2%
5 CBB10 Eksisjon av løs hud i øyelokk	162	1.8%
6 CGC10 Fjerning av fremmedlegeme fra cornea	160	1.8%
7 TCC10 Sondering av tårekanalikkel eller tårekanal til nesene	130	1.4%
8 CGD99 Annen operasjon for refraksjonsanomali	96	1.1%
9 CBB30 Ekstirpasjon av lesjon i øyelokk	76	0.8%
10 TCC30 Intubasjon av tårekanalikkel eller tårekanal til nesene	64	0.7%
Andre prosedyrer	1 099	12.1%
Total	9 085	100.0%

5.3 Lokal variasjon

Vi finner stor variasjon i forbruket av øyekonsultasjoner mellom bosatte i de ulike lokalsykehusområdene i Helse Nord. Mens bosatte i Bodø, Rana og Sandnessjøen hadde et gjennomsnittlig årsforbruk på henholdsvis 186, 181 og 179 konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere, var det gjennomsnittlige forbruket pr. år for bosatte i Hammerfest og Vesterålen på 107 og 60 konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere. Ufra dette ser vi at bosatte i boområde Bodø hadde omlag 3 ganger så mange konsultasjoner som bosatte i Vesterålen. For bosatte i Narvik og Rana sine opptaksområder ivaretok avtalespesialister nesten 80 % av alle øyekonsultasjoner. For lokalsykehusområdene til Kirkenes og Harstad, som ikke hadde avtalespesialist lokalt, ivaretok avtalespesialister henholdsvis 21 % og 6 % av totalforbruket. For fem av de andre boområdene lå denne andelen på 50 % eller mer.



Figur 5.2: Øyekonsultasjoner for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, antall konsultasjoner, pasienter og konsultasjoner pr. pasient, gj.snitt 2011 - 2014

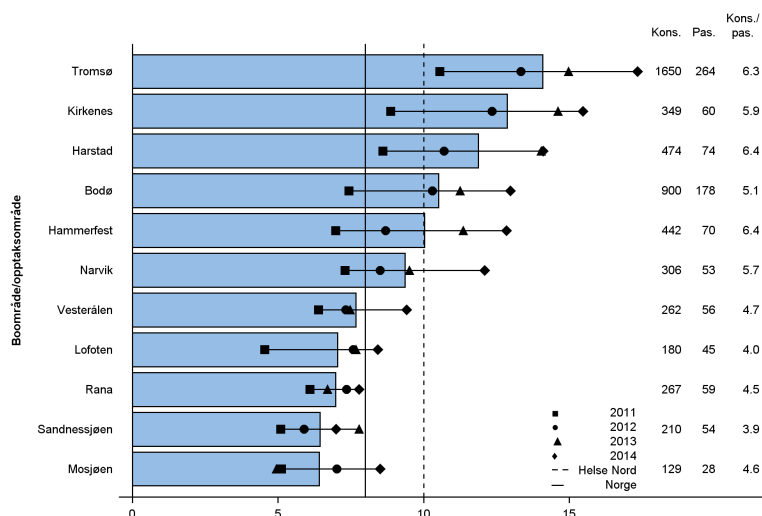
5.4 Injeksjonsbehandling

Siden prosedyren “Injeksjon av medikament i corpus vitreum” i gjennomsnitt utgjorde ca. 55 % av kirurgiske prosedyrer viser vi hvor denne behandlingen foregikk i tabell 5.9. Vi ser at injeksjonsbehandlingen for sykdommer på netthinnen var konsentrert til UNN Tromsø og NLSH Bodø.

Tabell 5.9: Injeksjonsbehandling for bosatte i Helse Nord fordelt på behandlende sykehus, 2011 - 2014

Beh. sykehus	2011	2012	2013	2014
UNN Tromsø	2 278	2 924	3 495	3 964
NLSH Bodø	1 366	1 737	1 727	2 086
NLSH Lofoten	0	10	55	51
Utenfor Helse Nord	58	72	95	115
Total	3 702	4 743	5 372	6 216

Videre har vi studert hvordan denne behandlingen er fordelt blant befolkningen i Helse Nord. I figur 5.3 ser vi at bosatte i Finnmark, boområde for UNN Tromsø, Harstad og NLSH Bodø hadde markert høyere rate for konsultasjoner med injeksjonsbehandling enn bosatte i opptaksområdene for Helgelandssykehuset og Lofoten - Vesterålen. Vi ser ratene var stigende over år for de fleste boområder.



Source: NPR/SSB



Figur 5.3: Injeksjonsbehandling for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, gjennomsnittlig antall konsultasjoner, pasienter og konsultasjoner pr. pasient, 2011 - 2014.

5.5 Kronikere

Vi har også ønsket å beskrive hvilke pasienter som er “gjengangere” i bruk av øyespesialist med avtale eller på sykehus. Vi har definert kronikere som pasienter med minst tolv konsultasjoner i fireårsperioden. I totalmaterialet hadde 42 % av pasientene en konsultasjon i perioden, 71 % av pasientene hadde fire eller færre konsultasjoner i perioden, 9,4 % hadde 8 eller færre konsultasjoner. Kun 3,5 % av pasientene hadde 12 eller flere konsultasjoner i perioden. Disse kronikerne mottok omlag 19 % av det totale antallet konsultasjoner. I tabell 5.10 ser vi at 63 % av kronikerne hadde konsultasjoner i alle år, mens 3 % hadde konsultasjon kun ett av årene. De som har hatt konsultasjoner kun ett av årene er ekskludert fra utvalget i de videre beskrivelsene av gruppen kronikere.

Tabell 5.10: Antall år med kontakt for pasienter med 12 eller flere konsultasjoner i perioden 2011 - 2012

Ant. år med kontakt	Ant. personer	Prosent
1	88	3 %
2	264	10 %
3	617	24 %
4	1 644	63 %

I tabell 5.7 og 5.8 ser vi at undersøkelse på øyebunnstruktur og injeksjonsbehandling var de mest brukte prosedyrene på offentlig sykehus. Dette er typisk undersøkelser og behandlinger som ble gitt flere ganger til samme pasient. De vi har definert som kronikere mottok henholdsvis 63 % av øyebunnundersøkelsene og 85 % av injeksjonene på offentlige sykehus.

Kapittel 6

Øre-nese-hals-sykdommer

6.1 Innledning

Avtalespesialister sto for omlag ¼ av det totale totale dag og polikliniske behandlingen i øre-nese-halsfaget i landsdelen. De hadde færre konsultasjoner pr. pasient/år sammenlignet med sykehus-pasienter. Avtalespesialistene utførte flest hørselsrelaterte undersøkelser som også dominerte på sykehus. Vi finner en betydelig geografisk variasjon i avtalespesialistandel og konsultasjonsrate totalt. Ratene for behandling totalt var høyest i boområder uten avtalespesialist. Det kommunale forbruket var høyest i spesialistenes vertskommuner, spesielt i Alta og Øksnes.

Det var omlag seks årsverk for avtalespesialister i øre-nese-hals-sykdommer (ØNH) med avtale med Helse Nord i årene 2012 til 2014. Øre-nese-hals-konsultasjoner er i denne analysen definert som polikliniske konsultasjoner og dagkirurgi på sykehus i hoveddiagnosegruppe 3, *øre-nese-hals-sykdom*, samt alle konsultasjoner hos avtalespesialister kodet med fag lik ØNH.

I tabell 6.1 ser vi at det i 2014 totalt ble registrert 66 658 ØNH-konsultasjoner for bosatte i Helse Nord, en økning på 9 % fra 2011. Andelen konsultasjoner hos avtalespesialister varierte fra 21 % til 28 % i perioden. Totalt økte antallet konsultasjoner hos avtalespesialister med 30 % i perioden, mens tilsvarende økning på offentlig sykehus var 3,6 %.

Tabell 6.1: Øre-nese-hals-konsultasjoner på offentlig sykehus og hos avtalespesialister, endring, gjennomsnittlig antall og andel, 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014	Endr. 11-14	Gj.snitt 11-14	Andel 11-14
Offentlig sykehus	48 497	47 741	48 224	50 253	3.6%	48 679	75%
Avtalespesialist	12 619	17 701	18 520	16 405	30%	16 311	25%
Total	61 116	65 443	66 744	66 658	9.1%	64 990	100%

Det var gjennomsnittlig 1,9 konsultasjoner pr. pasient i offentlig sykehus og 1,4 konsultasjoner pr. pasient hos avtalespesialist i perioden (se tabell 6.2). Pasienter med registrerte konsultasjoner både på sykehus og hos avtalespesialist hadde gjennomsnittlig 3,4 konsultasjoner. Dette kan skyldes at disse pasientene hadde større sykkelighet, mer sammensatte lidelser eller at de ble kontrollert oftere.

I tabell 6.3 ser vi at det var litt høyere gjennomsnittsalder for pasienter i offentlig sykehus enn for pasienter hos avtalespesialister. Dette gjaldt begge kjønn. Menn var generelt litt yngre enn kvinner når de ble behandlet hos avtalespesialist.

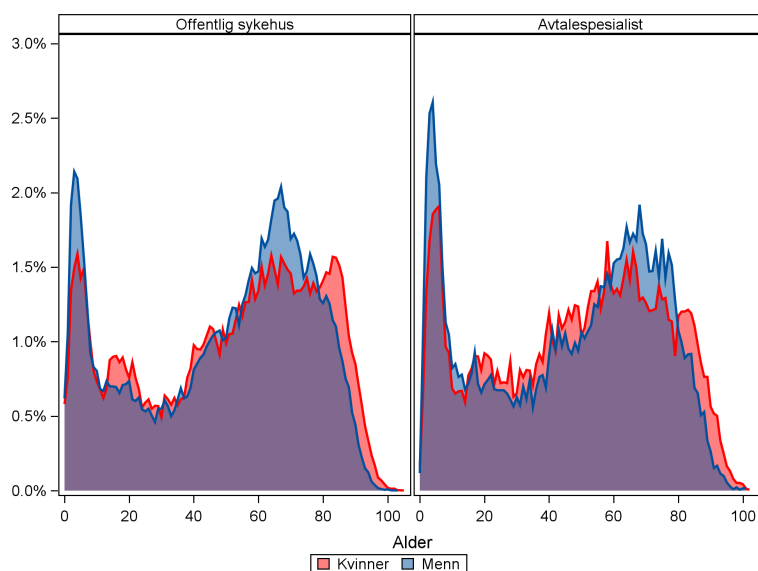
Tabell 6.2: Alle øre-nese-hals-konsultasjoner, pasienter og kons. pr. pasient, 2011-2014.

	År	Kons.	Pers.	Kons. pr. pas.
Offentlig pasient	2011	47072	25317	1.9
	2012	44 787	24 567	1.8
	2013	45 085	24 766	1.8
	2014	46 835	24 906	1.9
Privat pasient	2011	11 451	8 206	1.4
	2012	15 083	10 661	1.4
	2013	15 810	10 214	1.5
	2014	13 690	9 929	1.4
Off. og priv. pasient	2011	2 593	767	3.4
	2012	5 573	1 704	3.3
	2013	5 849	1 698	3.4
	2014	6 133	1 789	3.4
Total	\bar{x}	64 990	36 131	1.8

Tabell 6.3: Antall og gjennomsnittsalder etter kjønn, øre-nese-hals-konsultasjoner på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, gj. snitt 2011 - 2014

	Kvinner	Menn	Alder, kvinner	Alder, menn	Alder, begge kjønn
Offentlig sykehus	89 185	105 530	51	49	50
Avtalespesialist	32 862	32 365	48	46	47
Total	122 047	137 895	50	48	49

I figur 6.1 ser vi at en større andel av den mannlige enn den kvinnelige befolkningen ble behandlet i sykehus eller hos avtalespesialist i de første leveårene og alderen 50 - 80 år. Over 80 år så bildet motsatt ut. Den største andelen som ble behandlet var blant de yngre barna. Dette har særlig sammenheng med tonsille-sykdommer og øreproblemer, både i det offentlige og hos avtalespesialist (data ikke vist). Vi ser også at det var en større andel gutter enn jenter som ble behandlet, og det var en større andel som ble behandlet hos avtalespesialister enn på offentlig sykehus.


Figur 6.1: Aldersfordeling for pasienter med konsultasjon for øre-nese-hals-sykdom, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, gj.snitt 2011 - 2014.

6.2 Aktivitet hos avtalespesialist og på offentlig sykehus

6.2.1 Diagnoser

Det var flest konsultasjoner hos avtalespesialister knyttet til øre- og hørselssykdommer (se tabell 6.4). Til sammen 46 % av alle polikliniske ØNH-konsultasjoner hos avtalespesialist var knyttet til disse fem vanligste diagnosene. Omtrent 60 % av alle konsultasjoner var knyttet til de 10 vanligste diagnosene. Omlag 10 % av konsultasjonene omhandlet undersøkelser av pasienter man ikke fant spesifikk sykdom hos. Dette kan omfatte konsultasjoner hvor utredning eller kontroll etter behandling konkluderte med normale funn.

Tabell 6.4: Hoveddiagnoser for øre-nese-hals-konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 H90 Mekanisk og nevrogen hørselstap	3 638	22.3%
2 Z01 Andre spesielle undersøkelser og utr. av personer uten symptomer eller registrert diagnose	1 632	10.0%
3 H61 Andre sykdommer i ytre øre (auris externa)	789	4.8%
4 H65 Ikke-purulent mellomørebetennelse	765	4.7%
5 R04 Blødning fra luftveiene	633	3.9%
6 H60 Betennelse i ytre øre (otitis externa)	618	3.8%
7 J35 Kroniske sykdommer i mandler og adenoid vev	614	3.8%
8 J34 Andre forstyrrelser i nese og nesebihuler	590	3.6%
9 J30 Vasomotorisk og allergisk rinitt	412	2.5%
10 H93 Andre lidelser i øre (auris), ikke klassifisert annet sted	411	2.5%
Andre diagnoser	6 213	38.1%
Total	16 311	100.0%

På offentlig sykehus var flest konsultasjoner knyttet til diagnosene hørselstap, søvnforstyrrelser (snorking), mellomørebetennelse, sykdommer i tonsiller og adenoider og andre lidelser i nese og bihuler (se tabell 6.5). Til sammen var 60 % av alle polikliniske ØNH-konsultasjoner i offentlig sykehus knyttet til disse fem vanligste diagnosene. Omlag 70 % av alle konsultasjoner var knyttet til de 10 vanligste diagnosene.

Tabell 6.5: Hoveddiagnoser for øre-nese-hals-konsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 H90 Mekanisk og nevrogen hørselstap	18 871	38.8%
2 H65 Ikke-purulent mellomørebetennelse	3 144	6.5%
3 G47 Søvnforstyrrelser	2 988	6.1%
4 J35 Kroniske sykdommer i mandler og adenoid vev	2 101	4.3%
5 J34 Andre forstyrrelser i nese og nesebihuler	1 694	3.5%
6 J30 Vasomotorisk og allergisk rinitt	1 414	2.9%
7 Z01 Andre spesielle undersøkelser og utr. av personer uten symptomer eller registrert diagnose	1 318	2.7%
8 R06 Åndedrettsabnormiteter	1 135	2.3%
9 H91 Annet hørselstap	1 114	2.3%
10 H60 Betennelse i ytre øre (otitis externa)	1 104	2.3%
Andre diagnoser	13 799	28.3%
Total	48 679	100.0%

6.2.2 Prosedyrer

Tabell 6.6 viser bruken av prosedyrekoder i Normaltariffen for avtalespesialister. Det store volumet i aktiviteten blant avtalespesialistene dreide seg om kontroll av øre og hørsel.

Tabell 6.6: Prosedyrer i normaltariffen for øre-nese-hals-konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 100 Mindre kirurgiske prosedyrer	8 280	21.0%
2 325 Undersøkelse av ett eller begge ører for: recruitment, diplakusi, terskelvandring, impedanse- endring, tympanometri, bekesyaudiometri	7 615	19.3%
3 311a Endoskopisk undersøkelse av øvre og/eller nedre luftveier	6 610	16.8%
4 322 Toneaudiometri med luftledning	2 841	7.2%
5 323 Taleaudiometri med tre-tall-prøve og enstavelsesord	1 606	4.1%
6 324e Oppfølgende kontroll og ytterligere instruksjon i bruken/eventuell justering av høreapparat.	1 486	3.8%
7 321 Toneaudiometri med luft- og beinledning	1 289	3.3%
8 313 Undersøkelse av nesens bihuler med ultralyd	1 124	2.9%
9 324c Instruksjon i bruk av høreapparat	1 122	2.8%
10 328a Elektrisk reponsaudiometri ERA/lydtrykksmåling in situ/otoakustiske emisjoner	1 084	2.8%
Andre prosedyrer	6 339	16.1%
Total	39 395	100.0%

Tabell 6.7 viser bruken av medisinske prosedyrekoder på offentlig sykehus. Vi ser at omlag 80 % av de medisinske prosedyrekodene omhandlet undersøkelse og behandling av øret, mest knyttet til hørsel og hørselsforbedrende intervensjoner.

Tabell 6.7: Medisinske prosedyrer for øre-nese-hals-konsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 DXGT05 Kontroll av høreapparat	8 625	18.6%
2 DXFX10 Toneaudiogram med luft- og/eller beinledning	7 649	16.5%
3 DXGT00 Tilpasning og utprøving av nytt høreapparat	5 803	12.5%
4 DBFT00 Otomikroskopi	5 472	11.8%
5 DXFX11 Tympanometri	2 863	6.2%
6 DXFX15 Taleaudiogram	2 851	6.2%
7 DBGX20 Avstøping av øregang	2 257	4.9%
8 DBGX00 Instrumentell fjerning av ørevoks	1 189	2.6%
9 AAFX00 Polygrafisk monitorering av respiratoriske parametre (polygrafi)	976	2.1%
10 ZWNN00 To - fire like behandlinger/undersøkelser i samme seanse	908	2.0%
Andre prosedyrer	7 724	16.7%
Total	46 317	100.0%

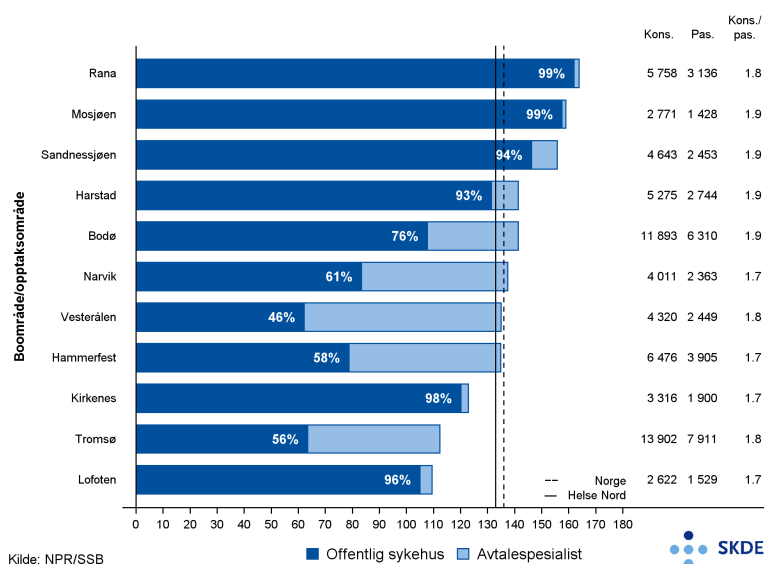
I tabell 6.8 ser vi at de mest benyttede kirurgiske prosedyrekodene utgjorde omtrent en tredjedel scopiundersøkelser av nese og hals.

Tabell 6.8: Kirurgiske prosedyrer for øre-nese-hals-konsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 UDH02 Rhinofaryngoskopi	2 401	18.9%
2 UDQ12 Fleksibel laryngoskopi	1 131	8.9%
3 UDM02 Sinoskopi	663	5.2%
4 DCA20 Innlegging av ventilasjonsrør gjennom trommehinne	640	5.0%
5 UDQ02 Direkte laryngoskopi	583	4.6%
6 EBA10 Kirurgisk eksisjon av tann	544	4.3%
7 DKW00 Koagulasjon av neselimhinne	450	3.5%
8 EMB30 Adenotomi	432	3.4%
9 UEN02 Orofaryngoskopi	398	3.1%
10 ZXC35 Bruk av radiobølger	374	2.9%
Andre prosedyrer	5 074	40.0%
Total	12 688	100.0%

6.3 Lokal variasjon

Det var stor variasjon i forbruket av ØNH-konsultasjoner mellom bosatte i de ulike lokalsykehusområdene i Helse Nord. Mens bosatte i lokalsykehusområdene i Helgelandssykehuset hadde et gjennomsnittlig årsforbruk på nesten 160 konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere, var det gjennomsnittlige forbruket pr. år for bosatte i boområdene for UNN Tromsø og Lofoten ca. 115 konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere. I lokalsykehusområdene til Helgelandssykehuset hadde man ingen avtale med avtalespesialist, men fra ØNH-avdelingen på sykehuset i Sandnessjøen ambulerte ØNH-leger til Helgelandssykehuset Rana. Det var også ansatt egne audiografer på sykehuset i Rana. Boområdene til Helgelandssykehuset hadde det høyeste forbruket i Helse Nord.



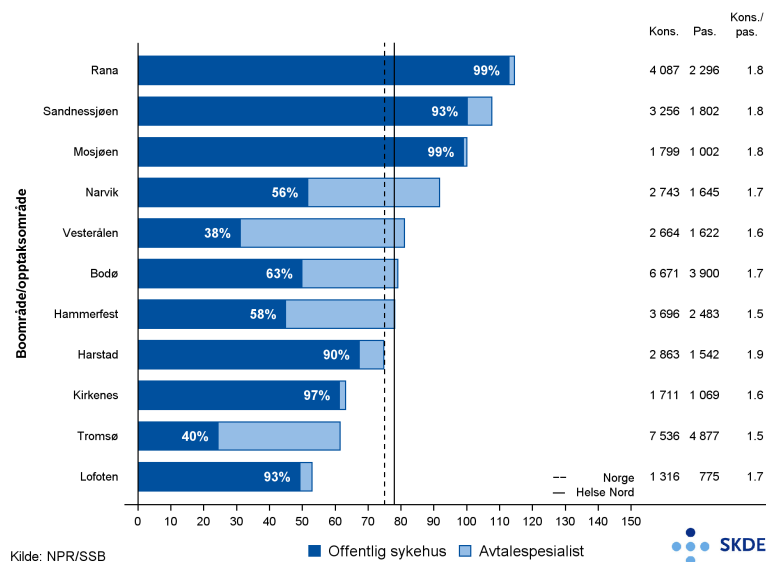
Figur 6.2: Øre-nese-halskonsultasjoner for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, antall konsultasjoner, pasienter og konsultasjoner pr. pasient, gj.snitt 2011 - 2014

I lokalsykehusområdene hvor andelen konsultasjoner hos avtalespesialistene var relativt høy, lå forbruket enten rett over (for Bodø, Narvik og Vesterålen), eller endel under under gjennomsnittet i landsdelen (Tromsø). Størst andel av ØNH-konsultasjonene ble gitt av avtalespesialistene i Vesterålen og Tromsø hvor de ivaretok 54 % og 44 % av alle ØNH-konsultasjoner.

Det ser ikke ut som andelen konsultasjoner hos avtalespesialistene i seg selv var drivende for forbruket, antakelig var forbruket tilbudsstyrt, uavhengig av om tilbudet ble gitt offentlig eller hos avtalespesialist.

6.4 Hørselstap

Oppfølging av hørselsforbedrende tiltak utgjorde en betydelig andel av konsultasjonene i ØNH-faget (se tabell 6.6 og 6.7). Vi har derfor sett på i hvilken grad forbruket for denne aktiviteten¹ isolert varierte mellom boområder. I figur 6.3 ser vi at den geografiske variasjonen her var enda større, og vi har også sett at når denne aktiviteten lukes ut av utvalget blir den geografiske variasjonen mindre. Dette tyder på stor variasjon i oppfølging av personer med høreapparat i Helse Nord.



Figur 6.3: Konsultasjoner med hørselsforbedrende tiltak for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, antall konsultasjoner, pasienter og konsultasjoner pr. pasient, gj.snitt 2011 - 2014

6.5 Avstand og forbruk

6.5.1 Avtalespesialist

Vi har også vurdert om forbruket av avtalespesialister varierer med avstand til kommunen spesialisten praktiserer i (heretter kalt vertskommune). I vedlegg B finnes tabeller (B.1, B.2, B.3, B.4 og B.5) med de kommunale ratene for behandling for vertskommunen og øvrige kommuner. Vi har sett på kommunene med høyest rate omkring hver spesialist sin vertskommune.

Vi ser da at forbruket er høyest i spesialistenes vertskommuner. Forbruket i Alta og Øksnes var betydelig høyere enn i de andre vertskommunene for avtalespesialister. Disse kommunene

¹Hørselsforbedrende tiltak er her definert som en kontakt med prosedyre lik DXGT05, DXFX10, DXGT00, DBFT00, DXFX11, DXFX15, DBGX20, DBGX00, DFFX87, DXFX12, DXFX20, DXFX18, eller en takst mellom 321 og 328

hadde i motsetning til de andre vertskommunene ikke sykehus i kommunen, men har likevel et høyt totalforbruk av ØNH-konsultasjoner. Et tilsynelatende unntak er Tromsø hvor Lenvik som også hadde en ambulerende spesialist fra Tromsø, så ut til å ha en høyere rate enn Tromsø.

6.5.2 Offentlig sykehus

Vi har videre sett på i hvilken grad forbruket i offentlig dagbehandling og poliklinikk omfatter pasienter som er bosatt utenfor sykehusets opptaksområde. Som tabell B.6 viser var behandlingen på lokalsykehusene for pasienter fra sykehusenes opptaksområde. Unntaket var som forventet at UNN Tromsø og NLSH Bodø med sine regionale funksjoner i større grad også behandlet pasienter fra boområder utenfor egne lokalsykehusområder. Mens dette for UNN sin del i stor grad omfattet pasienter fra Finnmark, behandlet NLSH Bodø pasienter fra Lofoten, Vesterålen og Helgeland.

Kapittel 7

Hudsykdommer

7.1 Innledning

Avtalespesialister i hudsykdommer sto for 8 % av den totale dag og polikliniske behandlingen innen hudfaget i landsdelen. Andelen falt med omlag 30 % fra 2011 til 2014. Avtalespesialistene hadde nesten dobbelt antall konsultasjoner pr. pasient og år sammenlignet med sykehusspesialistene. Både hos avtalespesialistene og på sykehus hadde lysbehandling en dominerende plass i behandlingen.

Vi finner en betydelig geografisk variasjon i avtalespesialistandel og konsultasjonsrate totalt. Raten var 2-3,5 ganger høyere i områder med høy forbruk sammenlignet med områder med lavt forbruk. Disse områdene hadde ikke avtalespesialist. I fem av elleve boområder i Helse Nord var forbruket lavere enn landsgjennomsnittet. Det var enda større geografisk variasjon i forbruket av lysbehandling.

Det var ca. 1,4 årsverk for avtalespesialister i hudsykdommer i Helse Nord i perioden 2011 til 2014. Hudkonsultasjoner er i denne analysen definert som polikliniske konsultasjoner og dagkirurgi på sykehus i hoveddiagnosegruppe *Sykdom i hud og underhud* samt alle konsultasjoner hos avtalespesialister kodet med fag lik *hudsykdommer*.

I 2014 ble det totalt registrert 75 144 hudkonsultasjoner for bosatte i Helse Nord, en økning på 1 % fra 2011 (se tabell 7.1). Mens antall konsultasjoner på offentlig sykehus økte med 4,9 % i perioden falt totalt antall konsultasjoner hos private med 32 %. Andelen konsultasjoner hos avtalespesialister var i gjennomsnitt 8 % i perioden. Totalforbruket var likevel rimelig stabilt.

Tabell 7.1: Hudkonsultasjoner på offentlig sykehus og hos avtalespesialister, endring, gjennomsnittlig antall og andel, 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014	Endr. 11-14	Gj.snitt 11-14	Andel 11-14
Offentlig sykehus	66 549	73 430	68 168	69 838	4.9%	69 496	92%
Privat spesialist	7 831	5 266	5 768	5 306	-32%	6 043	8.0%
Total	74380	78 696	73 936	75 144	1.0%	75 539	100%

I perioden 2011 - 2014 ble det registrert i gjennomsnitt ca. 23900 pasienter bosatt i Helse Nord med en eller flere hudkonsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, med lite årsvariasjon. I gjennomsnitt i perioden var 5 % av pasientene kun hos avtalespesialist (ca. 7 % av totalt antall konsultasjoner), mens kun 0,4 % av pasientene var både på offentlig sykehus og hos avtalespesialist (0,7 %- 1,5 % av antall konsultasjoner totalt). Av de pasientene som hadde konsultasjon hos avtalespesialist, hadde omlag 7 % også konsultasjoner i det offentlige. Det var gjennomsnittlig 2,9

Tabell 7.2: Alle hudkonsultasjoner, pasienter og kons. pr. pasient, 2011-2014.

	År	Kons.	Pers.	Kons. pr. pas.
Offentlig pasient	2011	66 310	23 361	2.8
	2012	73 151	24 155	3.0
	2013	67 866	23 394	2.9
	2014	69 441	24 715	2.8
Privat pasient	2011	7 534	2 353	3.2
	2012	4 760	957	5.0
	2013	4 942	1 211	4.1
	2014	4 616	924	5.0
Off. og priv. pasient	2011	536	110	4.9
	2012	785	87	9.0
	2013	1 128	112	10.1
	2014	1 087	101	10.8
Total	\bar{x}	75 539	25 370	3.0

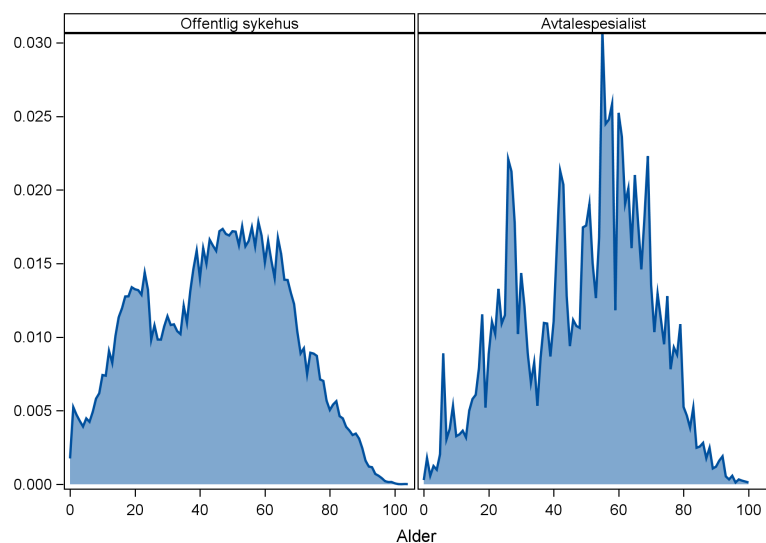
konsultasjoner pr. pasient i offentlig sykehus og 4 konsultasjoner pr. pasient hos avtalespesialist i perioden (se tabell 7.2). Pasienter som var både på sykehus og hos avtalespesialist hadde gjennomsnittlig 8,6 konsultasjoner, noe som kan indikere at pasienter som benyttet seg av begge instanser hadde et mer komplisert sykdomsbilde. Siden avtalespesialistene i hud praktiserte i Rana og Bodø, vil sammenstillingen over i stor grad gjelde disse boområdene.

Tabell 7.3: Antall og gjennomsnittsalder etter kjønn, hudkonsultasjoner på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, gj. snitt 2011 - 2014.

	Personer	Alder
Offentlig sykehus	277 985	45
Avtalespesialist	24 171	49
Total	302 156	46

I tabell 7.3 ser vi at gjennomsnittsalderen¹ for hudpasienter i offentlig sykehus var noe lavere enn hos avtalespesialister (45 år versus 49 år). Alderssammenlikning mellom kjønnene kan ikke gjøres da den private hovedaktøren ikke har kodet gjennomgående for kjønn. Figur 7.1 viser aldersfordeling på pasienter på offentlig sykehus og hos avtalespesialist.

¹Siden vi mangler kjønn på cirka en tredjedel av pasientene hos avtalespesialistene viser vi her bare antall konsultasjoner og gjennomsnittsalder fordelt på konsultasjonstype. Av samme grunn skiller vi ikke mellom menn og kvinner i figur 7.1.



Figur 7.1: Aldersfordeling for pasienter med konsultasjon for hudsykdom, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, gj.snitt 2011 - 2014.

7.2 Aktivitet hos avtalespesialist og på offentlig sykehus

7.2.1 Diagnoser

I tabell 7.4 ser vi at hos de private avtalespesialistene var omlag 77 % av alle polikliniske øye-konsultasjoner knyttet til de fem vanligste diagnosene. Psoriasis og eksem sykdommer sto alene for 70 %. De ti mest brukte diagnosene utgjorde omlag 88 % av konsultasjonene.

Tabell 7.4: Hoveddiagnoser for hudkonsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 L40 Psoriasis	2 862	47.4%
2 L20 Atopisk dermatitt	773	12.8%
3 L30 Annen dermatitt	589	9.7%
4 C44 Andre ondartede svulster i hud	229	3.8%
5 L57 Hudforandringer som skyldes kronisk eksposisjon for ikke-ioniserende stråling	225	3.7%
6 L70 Akne	180	3.0%
7 D22 Melanocyttnævus	165	2.7%
8 L82 Seborøisk keratose	128	2.1%
9 L99 Andre lidelser i hud og underhud ved sykdommer klassifisert annet sted	107	1.8%
10 B07 Virusvorter	79	1.3%
Andre diagnoser	707	11.7%
Total	6 043	100.0%

Vurderer vi aktiviteten i offentlig sykehus utfra gitt hoveddiagnose ser vi at 54 % av alle hud-konsultasjoner var knyttet til de fem vanligste diagnosene. Dette omfattet psoriasis og eksem sykdommer i tillegg til overflateskader i hud på hånd/håndledd og fot/ankelledd (se tabell 7.5). De ti mest brukte diagnosene sto for nesten 64 % av totalt antall konsultasjoner.

Tabell 7.5: Hoveddiagnoser for hudkonsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 L40 Psoriasis	19 189	27.6%
2 L20 Atopisk dermatitt	8 971	12.9%
3 L30 Annen dermatitt	5 947	8.6%
4 S90 Overflateskade på ankel og fot	1 759	2.5%
5 S60 Overflateskade på håndledd og hånd	1 659	2.4%
6 D22 Melanocyttnevus	1 627	2.3%
7 Z09 Etterundersøkelse etter behandling for andre tilstander enn ondartet svulst	1 399	2.0%
8 L57 Hudforandringer som skyldes kronisk eksposisjon for ikke-ioniserende stråling	1 321	1.9%
9 C44 Andre ondartede svulster i hud	1 225	1.8%
10 L70 Akne	1 166	1.7%
Andre diagnoser	25 234	36.3%
Total	69 496	100.0%

7.2.2 Prosedyrer

Hos avtalespesialister var de to hyppigste takstene begge knyttet til lysbehandling (55,4 % av prosedyrene), men også undersøkelse av føflekker og takster for kirurgiske prosedyrer (fjerning av føflekker osv.) utgjorde en betydelig andel av prosedyrene (se tabell 7.6). Dersom en antar at lokalanestesi var knyttet til fjerninger av hudforandringer utgjorde disse ca. halvparten av de såkalte kirurgiske prosedyrene.

Tabell 7.6: Prosedyrer i normaltariffen for hudkonsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 254 PUVA og UV-B-behandling, per felt	3 758	31.5%
2 255a PUVA, UV-A og UV-B helkroppsbehandling	2 848	23.9%
3 250 Undersøkelse av føflekker og andre pigmenterte hudforandringer med dermatoskop+	992	8.3%
4 149a Lokalbedøvelse og triggerpunktanestesi	929	7.8%
5 100 Mindre kirurgiske prosedyrer	888	7.4%
6 105 Større kirurgiske prosedyrer	819	6.9%
7 255b Kombinasjonsbehandling	581	4.9%
8 111 Kryokirurgi	277	2.3%
9 251 Fotodynamisk behandling (PDT) av basalcellekarsinom (BCC) og aktinsk keratose (AK)	212	1.8%
10 705i Skabbmidd eller sopp	91	0.8%
Andre prosedyrer	540	4.5%
Total	11 935	100.0%

Gitt at prosedyrekoder som benyttes på offentlig sykehus beskriver virksomheten der ser vi at over 70 % av de medisinske prosedyrekodene omhandlet lysbehandling (se tabell 7.7).

I tabell 7.8 ser vi at kirurgiske prosedyrer i sykehus har stor spredning. De 10 vanligste prosedyrene representerte under halvparten totalt antall prosedyrer.

Kapittel 7. Hudsykdommer

Tabell 7.7: Medisinske prosedyrer for hudkonsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 QXGX10 Lysbehandling	29 309	72.7%
2 WDAL05 Infiltrasjon for lokalanestesi	1 786	4.4%
3 WBG45 Administrasjon av legemiddel ved lokal applikasjon	1 538	3.8%
4 QXGX00 Grensestrålebehandling	865	2.1%
5 QXGX30 Lokal psoralen-ultrafiolett-behandling	762	1.9%
6 WLGX35 Badebehandling - lokal	668	1.7%
7 WLGX30 Badebehandling - helkropp	480	1.2%
8 QDGX10 Stell av diabetisk fotsår	365	0.9%
9 QXGX25 Systemisk psoralen-ultrafiolett-behandling	328	0.8%
10 WDAL09 Overflateanestesi IKA	326	0.8%
Andre prosedyrer	3 884	9.6%
Total	40 310	100.0%

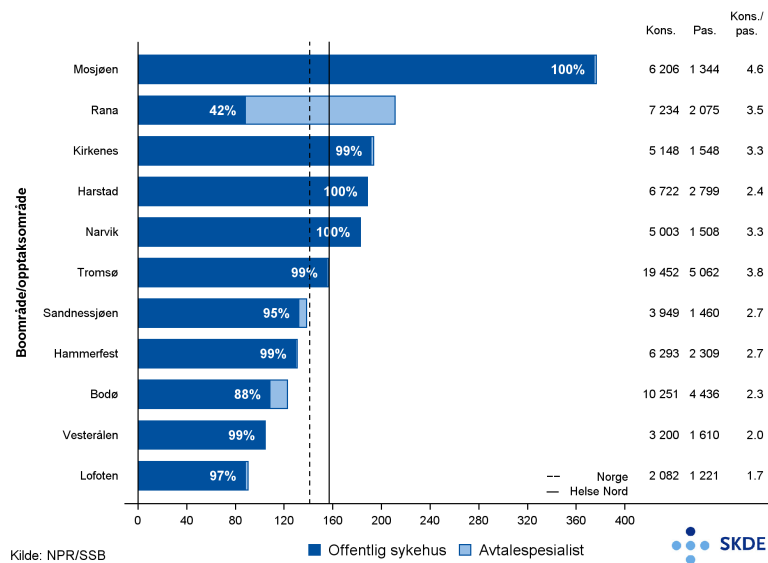
Tabell 7.8: Kirurgiske prosedyrer for hudkonsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 QXB99 Annen kirurgisk sårbehandling i uspesifisert hudregion	1 304	7.2%
2 QAA25 Destruksjon av lesjon av hud på hode eller hals	1 250	6.9%
3 QAE10 Eksisjon av hudlesjon på hode eller hals	1 035	5.7%
4 QDB05 Sårrevisjon på underekstremitet	940	5.2%
5 TQX00 Hudbiopsi	918	5.1%
6 QBE10 Eksisjon av hudlesjon på trunkus	824	4.5%
7 ZXC50 Kryokirurgi	629	3.5%
8 QDB10 Større sårskifting på underekstremitet	624	3.4%
9 ZXC15 Bruk av fotodynamisk teknikk	527	2.9%
10 QDB99 Annen kirurgisk sårbehandling på underekstremitet	520	2.9%
Andre prosedyrer	9 551	52.7%
Total	18 120	100.0%

7.3 Lokal variasjon

Det var stor variasjon i forbruket av hud-konsultasjoner mellom bosatte i de ulike lokalsykehusområdene i Helse Nord. Mens bosatte i lokalsykehusområdet til Mosjøen og Rana hadde et gjennomsnittlig årsforbruk på henholdsvis 376 og 211 konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere, var det gjennomsnittlige forbruket pr. år for bosatte i boområdene for Vesterålen og Lofoten henholdsvis 104 og 90 pr. 1 000 innbyggere. Antall konsultasjoner pr. pasient var også høyere i Mosjøen og Rana enn ellers i Helse Nord.

I lokalsykehusområdene til Mosjøen hadde man ingen avtale med privat spesialist, så forbruket var utelukkende på offentlig sykehus. I boområdet Rana hvor avtalespesialisten med størst antall konsultasjoner hadde sin hovedaktivitet, var 58 % av totalforbruket hos avtalespesialist. Samlet forbruk i Rana lå noe over gjennomsnittet i Helse Nord. Det er utfra dette ikke mulig å si noe om andelen private konsultasjoner i seg selv var drivende for forbruket. Vi ser at høyere kontrollrate kan forklare noe av forskjellene i forbruk. Vi mistenker at forbruket var tilbudsstyrt uavhengig av om tilbudet ble gitt på offentlig sykehus eller hos avtalespesialist.



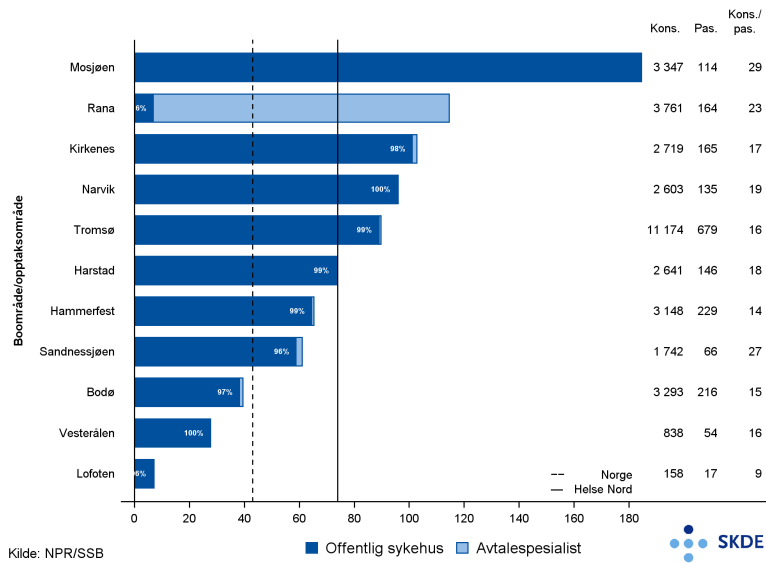
Figur 7.2: Hudkonsultasjoner for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, antall konsultasjoner, pasienter og konsultasjoner pr. pasient, gj.snitt 2011 - 2014.

7.4 Lysbehandling

Siden lysbehandling utgjorde over 70 % av konsultasjonene i hudsykdommer, har vi sett spesielt på om den geografisk skjevfordelingen kan forklares med forskjeller i konsultasjonsrate for lysbehandling isolert. I figur 7.3 ser vi at raten for lysbehandling² var nesten dobbelt så høy i boområdet Mosjøen sammenlignet med boområde Rana som hadde nest høyest rate. Sammenlignet med boområde Vesterålen som hadde nest lavest forbruk, var raten syv ganger så høy og 50 ganger så høy sammenlignet med Lofoten som hadde lavest forbruk. Også her ser vi at antall konsultasjoner pr. pasient varierer betydelig, med tre ganger så høy kontrollrate for boområde Mosjøen som for boområde Lofoten.

Denne forskjellen er svært stor og vi tror dette illustrerer et samtidig over- og underforbruk av lysbehandling i Helse Nord, gitt at kodingen for lysbehandling ble praktisert likt i hos de ulike behandlerne.

²Lysbehandling er her definert som prosedyre lik QXGX00, QXGX10, QXGX25 eller QXGX30 på offentlig sykehus eller hos avtalespesialist, eller normaltaktst lik 254 eller 255a hos avtalespesialist



Figur 7.3: Konsultasjon med lysbehandling for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, antall konsultasjoner, pasienter og konsultasjoner pr. pasient, gj.snitt 2011 - 2014.

Kapittel 8

Gynekologiske sykdommer

8.1 Innledning

Avtalespesialister innen fødsel-og gynekologifaget sto for omlag 20 % av den totale dag og polikliniske behandlingen i landsdelen. Mens aktiviteten på sykehus var uendret og antall gynekologer økte med 10 % fra 2011 til 2014, økte aktiviteten hos avtalespesialistene med ca 40 %. Avtalespesialistene hadde betydelig færre konsultasjoner pr. pasient og år sammenlignet med spesialistene på sykehus. Ultralydundersøkelser og biopsitaking fra livmorhals sto for omlag 60 % av prosedyrene hos avtalespesialistene. De fleste pasienter ble fulgt opp enten i sykehus eller hos avtalespesialist. Vi finner en betydelig geografisk variasjon i avtalespesialistandel og konsultasjonsrate totalt. Ratene for behandling totalt var høyest i lokalsykehusområder uten avtalespesialist.

Antall årsverk for avtalespesialister i gynekologi og fødselshjelp (heretter kalt gynekologi) lå på omlag fem i perioden (se vedlegg A). Konsultasjoner hos spesialister i gynekologi er i denne analysen definert som dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner på sykehus i hoveddiagnosegruppene *sykdom i kvinnelige kjønnsorganer* og *sykdom under svangerskap, fødsel og barsel*, samt konsultasjoner hos avtalespesialister kodet med variabelen fag lik *gynekologi* eller *barn*. Vi har ekskludert konsultasjoner for menn, som i all hovedsak omfattet infertilitetutredninger (totalt 2 176 konsultasjoner i perioden).

I 2014 ble det totalt registrert 65 325 gynekologiske konsultasjoner for bosatte i Helse Nord, en økning på nær 8 % fra 2011 (se tabell 8.1). Konsultasjonsandelen hos avtalespesialister av det totale forbruket varierte fra 15 % til 25 % (gjennomsnitt 20 %) i perioden. Totalt antall konsultasjoner hos avtalespesialistene økte med 40 % i perioden, mens antall konsultasjoner på offentlig sykehus var stabilt.

I perioden 2011-2014 ble det registrert i gjennomsnitt 29 472 pasienter bosatt i Helse Nord med en eller flere gynekologiske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, med noe variasjon

Tabell 8.1: Gynekologiske konsultasjoner på offentlig sykehus og hos avtalespesialister, endring, gjennomsnittlig antall og andel, 2011-2014

	2011	2012	2013	2014	Endr. 11-14	Gj.snitt 11-14	Andel 11-14
Offentlig sykehus	48 901	49 070	49 297	49 005	0.2%	49 068	80%
Privat spesialist	11 631	8 822	11 872	16 320	40%	12 161	20%
Total	60 532	57 892	61 169	65 325	7.9%	61 230	100%

mellom årene. I perioden var 28 % av pasientene kun hos avtalespesialist (ca. 16 % av konsultasjonene), mens 4.7 % av pasientene hadde konsultasjoner både på offentlig sykehus og hos avtalespesialist (9,5 % av konsultasjonene). Dette illustrerer at de fleste pasienter ble fulgt opp enten i sykehus eller hos spesialist.

Tabell 8.2: Alle gynekologiske konsultasjoner, pasienter og kons. pr. pasient, 2011-2014.

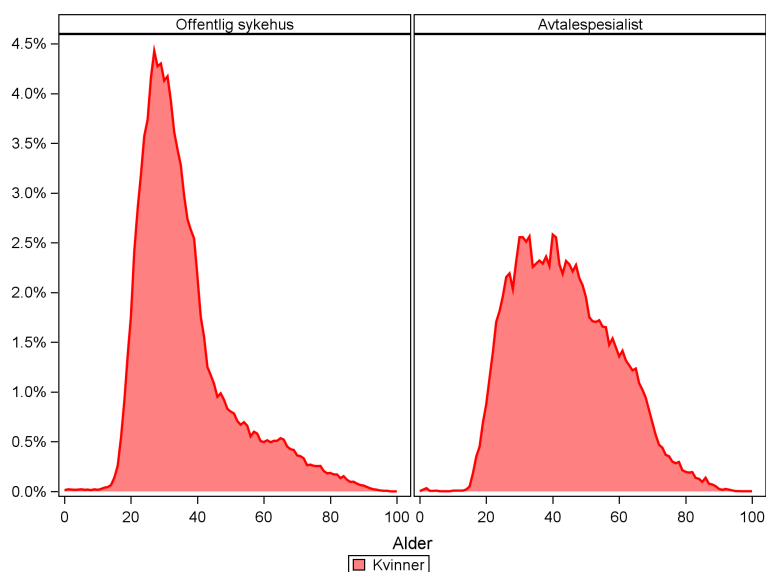
	År	Kons.	Pers.	Kons. pr. pas.
Offentlig pasient	2011	45 711	19 991	2.3
	2012	45 977	19 933	2.3
	2013	45 608	19 713	2.3
	2014	45 001	20 098	2.2
Privat pasient	2011	9 428	7 656	1.2
	2012	7 068	6 004	1.2
	2013	9 546	8 004	1.2
	2014	13 165	10 892	1.2
Off. og priv. pasient	2011	5 393	1 301	4.1
	2012	4 847	1 213	4.0
	2013	6 015	1 399	4.3
	2014	7 159	1 682	4.3
Total	\bar{x}	61 230	29 472	2.1

Det var gjennomsnittlig 2,3 konsultasjoner pr. pasient i offentlig sykehus og 1,2 konsultasjoner pr. pasient hos avtalespesialist i perioden. Pasienter som hadde poliklinisk konsultasjon på både sykehus og hos avtalespesialist i et kalenderår, hadde gjennomsnittlig 4,2 konsultasjoner. Dette kan tyde på at pasienter som hadde konsultasjoner hos avtalespesialist ofte hadde mer begrenset sykdom og oppfølgingsbehov.

Tabell 8.3: Antall og gjennomsnittsalder, gynekologiske konsultasjoner på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, gj. snitt 2011 - 2014

	Kvinner	Alder, kvinner
Offentlig sykehus	196 273	36
Privat spesialist	48 645	44
Total	244 918	38

I tabell 8.3 viser at gjennomsnittsalder for pasienter i offentlig sykehus var lavere enn hos avtalespesialister (36 år versus 44 år). Vi ser av figur 8.1 det var en markant konsentrasjon av konsultasjoner i fertil alder i de offentlige sykehusene, mens alderspennet for pasientene i privat poliklinikk var bredere.



Figur 8.1: Aldersfordeling for pasienter med konsultasjon for gynekologisk sykdom, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, gj.snitt 2011 - 2014.

8.2 Aktivitet hos avtalespesialist og på offentlig sykehus

8.2.1 Diagnoser

I tabell 8.4 ser vi at konsultasjoner hos avtalespesialister stor grad var knyttet til prevensjon og kvinnesykdommer. Omlag 52 % av alle polikliniske gynekologi-konsultasjoner var knyttet til de fem vanligste diagnosene. Mens hovedvekten av tilbudet gitt på offentlig sykehus omfattet fertilitet og svangerskap for kvinner i fertil alder, ser vi altså at prevensjonstiltak, utredninger, overgangsalderplager, celleforandringer på livmorhals eller muskelknuter på livmor dominerte aktiviteten hos avtalespesialistene.

Tabell 8.4: Hoveddiagnoser for gynekologiske konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 Z30 Prevensjonstiltak	1 872	15.4%
2 Z01 Andre spesielle undersøkelser og utr. av personer uten symptomer eller registrert diagnose	1 775	14.6%
3 N95 Forstyrrelser i klimakterium og senere	1 342	11.0%
4 N87 Dysplasi i livmorhals (cervix uteri)	690	5.7%
5 D25 Leiomyom i livmor	627	5.2%
6 N92 Kraftig, hyppig og uregelmessig menstruasjon	587	4.8%
7 R10 Smerte i buk og bekken	544	4.5%
8 N83 Ikke-inflammatoriske lidelser i eggstokker, eggledere og ligamentum latum uteri	475	3.9%
9 Z32 Graviditetsundersøkelse og -test	440	3.6%
10 Z34 Kontroll av normalt svangerskap	355	2.9%
Andre diagnoser	3 456	28.4%
Total	12 161	100.0%

Vurderer vi aktiviteten i offentlig sykehus utfra gitt hoveddiagnose (tabell 8.5) ser vi at 41 % av alle polikliniske gynekologi-konsultasjoner var knyttet til de fem vanligste diagnosene. Dette omfattet sykdommer knyttet til infertilitet, svangerskap og prenatal diagnostikk (fostervannspøver). De ti mest brukte diagnosene sto for over 60 % av det totale antall konsultasjoner.

Kapittel 8. Gynekologiske sykdommer

Tabell 8.5: Hoveddiagnoser for gynekologiske konsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 Z34 Kontroll av normalt svangerskap	9 287	18.9%
2 Z36 Prenatal diagnostikk	3 767	7.7%
3 Z01 Andre spesielle undersøkelser og utr. av personer uten symptomer eller registrert diagnose	3 124	6.4%
4 Z35 Kontroll av høyrisikosvangerskap	2 857	5.8%
5 N92 Kraftig, hyppig og uregelmessig menstruasjon	1 644	3.4%
6 N97 Infertilitet hos kvinne	1 614	3.3%
7 O04 Legalt svangerskapsavbrudd	1 590	3.2%
8 N87 Dysplasi i livmorhals (cervix uteri)	1 554	3.2%
9 N81 Fremfall av kvinnelige kjønnsorganer	1 500	3.1%
10 N83 Ikke-inflammatoriske lidelser i eggstokker, eggledere og ligamentum latum uteri	1 420	2.9%
Andre diagnoser	20 713	42.2%
Total	49 068	100.0%

8.2.2 Prosedyrer

Tabell 8.6 viser bruk av prosedyrekoder i Normaltariffen for avtalespesialister. Aktiviteten dreide seg hovedsaklig om ultralydundersøkelse, undersøkelse og biopsitaking fra livmorhals og prevensjonsveiledning og -prosedyrer.

Tabell 8.6: Prosedyrer i normaltariiffen for gynekologiske konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 211c Ultralydundersøkelse med vaginal probe	10 886	43.2%
2 208 Kolposkopi	4 555	18.1%
3 110 Individuell prevensjonsveiledning	1 609	6.4%
4 214a Innsetting og skifting av spiral og prevensjonsstav i huden	863	3.4%
5 212a Cervikal abrasio med portobiopsi og corpus abratio	841	3.3%
6 214c Endometriebiopsi/cytologisk prøvetaking fra uterinhulen	685	2.7%
7 218 Utredning av infertilitet eller endokrinologiske forstyrrelser	624	2.5%
8 211e Dopplerundersøkelse av høyrisikogravide	579	2.3%
9 211b Ultralydundersøkelse av gravide eller med biofysisk profil ved mistenkt vekstretardasjon	485	1.9%
10 149g BLA av penis, funikkel, 1 ekstremitetsnerve og ved intracelære inngrep. Paracervikalblokk.	462	1.8%
Andre prosedyrer	3 615	14.3%
Total	25 202	100.0%

Tabell 8.7 viser at ultralydundersøkelse enten vaginalt eller av svangerskap utgjorde 75 % av de medisinske prosedyrene på offentlig sykehus.

Tabell 8.7: Medisinske prosedyrer for gynekologiske konsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 LXDE05 Ultralydundersøkelse med vaginal probe	18 280	41.2%
2 MADE10 Abdominal ultralydundersøkelse av gravid livmor	14 467	32.6%
3 MAFX00 Kardiotokografi	3 634	8.2%
4 MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse	1 105	2.5%
5 WBG15 Peroral administrasjon av legemiddel	1 060	2.4%
6 WBG55 Intravaginal administrasjon av legemiddel	968	2.2%
7 MADE00 Vaginal ultralydundersøkelse av livmorhals	963	2.2%
8 WDAL05 Infiltrasjon for lokalanestesi	472	1.1%
9 WPAA00 Individuell rådgivning	450	1.0%
10 WDAL15 Akupunktur	328	0.7%
Andre prosedyrer	2 686	6.0%
Total	44 411	100.0%

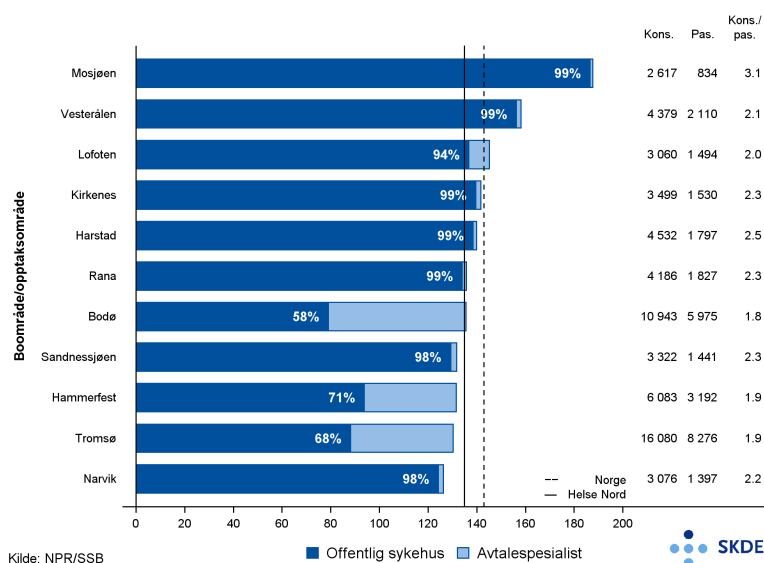
Kapittel 8. Gynekologiske sykdommer

Biopsitaking fra livmor og livmorhals var sammen med innlegging av livmorinnlegg (spiral) de vanligste kirurgiske prosedyrene (tabell 8.8).

Tabell 8.8: Kirurgiske prosedyrer for gynekologiske konsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 LDA20 Biopsi av cervix uteri	888	10.3%
2 XLE00 Kolposkopi	858	9.9%
3 TLC00 Innlegging av livmorinnlegg	851	9.8%
4 LCA06 Endometriebiopsi	792	9.2%
5 LDA10 Utskraping av cervix uteri	674	7.8%
6 LCA13 Fraksjonert utskraping	482	5.6%
7 LCA30 Overføring av egg/embryo til uterus v/assistert befruktning	380	4.4%
8 LDC03 Konisering av cervix uteri med diatermi eller laser	368	4.3%
9 LAA10 Perkutan eller transvaginal punksjon med uthenting av egg	308	3.6%
10 LCH00 Vakuumaspirasjon av graviditetsprodukter i uterus	237	2.7%
Andre prosedyrer	2 810	32.5%
Total	8 646	100.0%

8.3 Lokal variasjon



Figur 8.2: Gynekologiske konsultasjoner for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, antall konsultasjoner, pasienter og konsultasjoner pr. pasient, gj.snitt 2011 - 2014

Det var stor variasjon i forbruket av fødsel og gynekologikonsultasjoner mellom bosatte i de ulike lokalsykehusområdene i Helse Nord. Mens bosatte i Mosjøen og Bodø hadde et gjennomsnittlig årsforbruk på henholdsvis 370 og 291 konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere, var det gjennomsnittlige forbruket pr. år for bosatte i Hammerfest og Vesterålen på 225 og 221 konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere. Det var bare i lokalsykehusområdene til Tromsø, Bodø og Hammerfest at befolkningen hadde lokalt gynekologtilbud, noe som gjenspeiles i figur 8.2. Vi ser at forbruket av offentlig poliklinikk for bosatte i Mosjøen var betydelig større enn for bosatte i andre lokalsykehusområder i Helse Nord, uavhengig om det arbeidet gynekolog i lokalsykehusområdet eller ikke.

8.4 Lettere gynekologiske tilstander og prosedyrer

Siden avtalespesialistaktiviteten har økt i perioden, har vi sett spesielt på endringen i “lettere” gynekologiske diagnoser og prosedyrer i tabell 8.9. Vi ser her at bruken av diagnosen *preven-
sjonstiltak* og antall spiraler lagt inn hos avtalespesialister økte i fireårs-perioden.

Tabell 8.9: Lette gynekologiske diagnoser og prosedyrer, 2011 - 2014.

	2011	2012	2013	2014
Z01 Andre spesielle undersøkelse og utredning av personer uten symptomer eller registrert diagnose	5 205	4 356	4 823	5 211
Z30 Prevensjonstiltak	2 787	2 649	3 241	3 961
214a Innsetting og skifting av spiral og prevensjonsstav i huden	771	584	911	1 179
214c Endometriebiopsi / cytologisk prøvetaking fra uterinhulen	525	475	702	1 034

Kapittel 9

Indremedisin

9.1 Innledning

Aktiviteten til avtalespesialister i indremedisin i Helse Nord sto for i overkant av 6 % av den totale dagkirurgiske og polikliniske behandlingen innen spesialiteten indremedisin. Blant avtalespesialistene i dette fagfeltet sto spesialistene i hjertemedisin for 45 % av aktiviteten, mens gastromedisinere og lungespesialist sto for i overkant av 25 % hver. Tallene tyder på at avtalespesialistene bedrev både grensesifikk og mer generell indremedisinsk praksis. De utførte undersøkelser som også ble gjort på sykehus og hadde årlig omlag halvparten så mange konsultasjoner pr. pasient som sykehussene. Vi påviser en forbruksvariasjon mellom boområder for den totale aktiviteten for spesialiteten indremedisin. Det ser ikke ut til at avtalespesialistene bidro til de høyeste lokale forbruksratene.

Indremedisin er et stort og omfattende fagfelt. Vi beskriver først faget indremedisin samlet. Deretter beskrives aktiviteten for avtalespesialistene på de tre fagområder hvor spesialister hadde indremedisinsk avtalehjemmel i Helse Nord 2011 - 2014.

Utvalget av i det offentlige og utvalget i hos avtalespesialist er definert på to forskjellige måter, og den direkte sammenligningen av aktiviteten er derfor noe problematisk. På offentlige sykehus er utvalgene for indremedisin definert som alt som foregår på indremedisinske avdelinger (dvs. alle sykehusavdelinger i Helse Nord kodet med tjenesteenhetskode som begynner med 3¹). For avtalespesialistene har vi inkludert de legene som har eller har hatt avtale med Helse Nord i fireårs-perioden: Hjertemedisin (3 hjemler i 2014), mage-tarm-sykdommer (1,4 hjemler), og lungesykdommer (1 hjemmel)². Vi beskriver all aktivitet til avtalespesialistene uavhengig av hvilken sykdom de behandler. Utover aktiviteten til spesialistene med avtale, er det registrert en beskjeden og spredt privat aktivitet hos enkeltleger i fagene kardiologi, gastro og lunge. Vi har ekskludert denne aktiviteten fra analysene.

I 2014 ble det totalt registrert 136 734 indremedisinske konsultasjoner for bosatte i Helse Nord, en økning på 2,7 % fra 2011 (se tabell 9.1). Andelen hos avtalespesialist var i snitt 6,4 %. Totalt antall konsultasjoner hos avtalespesialist økte med 13 % fra 2011 - 2014, mens antall konsultasjoner på offentlig sykehus økte med 2,1 % i perioden. Selv om aktivitetsøkningen var størst hos avtalespesialistene, foregikk mesteparten av den indremedisinske aktiviteten på offentlig sykehus også i 2014.

¹Det kan være enkelte problemer med kodingen av variabelen tjenesteenhetskode i NPR. Det kan finnes lokale egendefinerte koder for indremedisinske avdelinger som avviker fra nasjonal standard. Vi kan ikke garantere at vi har identifisert disse.

²Vi har identifisert hver enkelt avtalespesialist med variabelen institusjonsID i NPR.

Tabell 9.1: Indremedisinske konsultasjoner på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, endring, gjennomsnittlig antall og andel, 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014	Endr. 11-14	Gj.snitt 11-14	Andel 11-14
Offentlig sykehus	126 041	129 706	128 267	128 678	2.1%	128 173	94%
Avtalespesialist	7 138	8 974	10 649	8 055	13%	8 704	6.4%
Total	133 179	138 681	138 919	136 734	2.7%	136 878	100%

I perioden 2011 til 2014 var det i gjennomsnitt 6 370 pasienter bosatt i Helse Nord med en eller flere konsultasjoner hos indremedisinsk avtalespesialist i Helse Nord. Det var en nedgang i antall konsultasjoner i 2014 fra de to foregående år.

I perioden ble i gjennomsnitt 87 % av pasientene kun behandlet på offentlig sykehus, 11 % var kun hos avtalespesialist og 2 % av pasientene hadde konsultasjoner både hos avtalespesialist og på offentlig sykehus.

Det var gjennomsnittlig 2,9 konsultasjoner pr. pasient i offentlig sykehus og 1.4 konsultasjoner pr. pasient hos avtalespesialist i perioden (se tabell 9.2). Dette viser at kontrollhyppigheten for pasienter var omtrent dobbelt så stor i sykehus sammenlignet med hos avtalespesialist. Dette kan enten tyde på forskjeller i pasientsammensetningen eller at pasienter ble fulgt tettere opp for mindre alvorlig sykdom på sykehus. Pasienter som besøkte både sykehus og avtalespesialist hadde gjennomsnittlig fire konsultasjoner. Dette kan skyldes større sykkelighet, sammensatte lidelser eller økt kontrollhyppighet.

Tabell 9.2: Alle indremedisinske konsultasjoner, pasienter og kons. pr. pasient, 2011-2014.

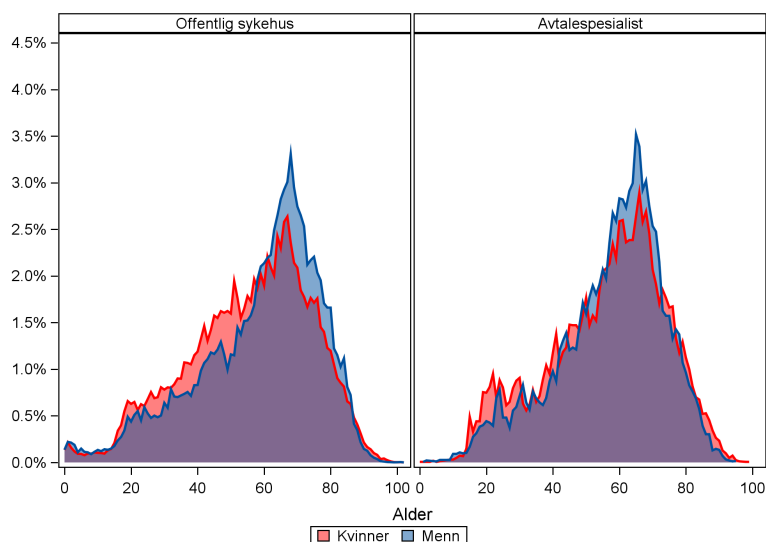
	År	Kons.	Pers.	Kons. pr. pas.
Offentlig pasient	2011	123 941	42 050	2.9
	2012	127 354	42 983	3.0
	2013	126 161	42 916	2.9
	2014	126 904	43 775	2.9
Privat pasient	2011	6 165	4 919	1.3
	2012	7 781	5 754	1.4
	2013	9 354	6 180	1.5
	2014	7 195	5 442	1.3
Off. og priv. pasient	2011	3 073	788	3.9
	2012	3 546	877	4.0
	2013	3 404	895	3.8
	2014	2 634	627	4.2
Total	\bar{x}	136 878	49 302	2.8

Det var ingen forskjell i gjennomsnittsalder for indremedisinske pasienter i offentlig sykehus og hos avtalespesialister (se tabell 9.3). Menn var generelt eldre enn kvinner når de ble behandlet i offentlig sykehus, og marginalt eldre hos avtalespesialister.

Tabell 9.3: Antall og gjennomsnittsalder etter kjønn, indremedisinske konsultasjoner på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, gj. snitt 2011 - 2014

	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Total
Offentlig sykehus	243 870	268 822	56	59	57
Avtalespesialist	16 311	18 505	56	57	57
Total	260 181	287 327	56	59	57

Figur 9.1 illustrerer noe av bakteppet for kjønnsforskjellen. Vi ser at flere kvinner ble behandlet i det offentlige mellom 20 og 50 år, mens flere menn ble behandlet over 60 år. Hos avtalespesialister ser vi at flere menn ble behandlet mellom 60 og 75 års alder.



Figur 9.1: Aldersfordeling for pasienter med konsultasjon for indremedisinsk sykdom, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, kvinner og menn, gj.snitt 2011 - 2014.

9.2 Aktivitet hos avtalespesialist og på offentlig sykehus

9.2.1 Diagnoser

Tabell 9.4 viser hyppigste diagnoser kodet hos avtalespesialist. Det var flest konsultasjoner knyttet til diagnosene astma, kronisk iskemisk hjertesykdom, svelg/brystsmerter, blodtrykksykdom og hjerteklaff-feil. Disse utgjorde 35 % av konsultasjoner. Her var omlag 53 % av alle konsultasjoner knyttet til de 10 vanligste diagnosene.

Tabell 9.4: Hoveddiagnoser for indremedisinske konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 J45 Astma	1 025	11.8%
2 I25 Kronisk iskemisk hjertesykdom	607	7.0%
3 R07 Smerte i svelg og bryst	589	6.8%
4 I10 Essensiell (primær) hypertensjon	450	5.2%
5 I35 Ikke-reumatiske aortaklaffefeil	374	4.3%
6 R06 Åndedrettsabnormiteter	354	4.1%
7 J44 Annen kronisk obstruktiv lungesykdom	314	3.6%
8 J30 Vasomotorisk og allergisk rinitt	312	3.6%
9 R00 Unormale hjerteslag	300	3.4%
10 I48 Atrieflimmer og atrieflutter	295	3.4%
Andre diagnoser	4 085	46.9%
Total	8 704	100.0%

Konsultasjoner innen indremedisinske sykdommer i offentlig sykehus var knyttet til et vidt spekter av sykdommer hvor de 10 vanligste diagnosene omfattet bare ca. 40 % av konsulta-

sjonene (se tabell 9.5). Det var flest konsultasjoner i offentlig sykehus knyttet til dialyse og diagnosene blærehalskreft, brystkreft og diabetes.

Tabell 9.5: Hoveddiagnoser for indremedisinske konsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 Z49 Kontakt med helsetjenesten for behandling som omfatter dialyse	12 937	10.1%
2 C61 Ondartet svulst i blærehalskjertel	7 062	5.5%
3 C50 Ondartet svulst i bryst	6 761	5.3%
4 Z51 Andre behandlingstiltak	4 556	3.6%
5 E11 Diabetes mellitus type II	3 978	3.1%
6 E10 Diabetes mellitus type I	3 689	2.9%
7 K50 Crohns sykdom [regional enteritt]	3 005	2.3%
8 C34 Ondartet svulst i bronkie og lunge	2 690	2.1%
9 Z03 Medisinsk observasjon og vurdering ved mistanke om sykdommer og tilstander	2 671	2.1%
10 K51 Ulcerøs kolitt (colitis ulcerosa)	2 387	1.9%
Andre diagnoser	78 437	61.2%
Total	128 173	100.0%

9.2.2 Prosedyrer

Tabell 9.6 viser bruk av prosedyrekoder i Normaltariffen for avtalespesialister. Her ser vi at hovedaktiviteten dreide seg om ultralydundersøkelser, lungefunksjonsundersøkelser eller EKG-undersøkelser med eller uten arbeidsbelastning. Dette utgjorde omlag 75 % av alle undersøkelser.

Gitt at prosedyrekodene som kodes på sykehus beskriver virksomheten der, ser vi at omlag 36 % av de medisinske prosedyrekodene omhandlet ståleterapi, injeksjon eller infusjon av legemidler, dialyse, arbeids-EKG og spirometri. Stråleterapi og dialyse gjøres kun på sykehus. De 10 vanligste prosedyrene utgjorde ca. 56 % av prosedyrer totalt.

Tilsvarende ser vi at diverse skopiundersøkelser utgjorde hoveddelen av de kirurgiske prosedyrene innen indremedisin på sykehus. I tillegg kom et visst antall benmargsundersøkelser, som ikke ble gjort hos avtalespesialistene.

Tabell 9.6: Prosedyrer i normaltariffen for indremedisinske konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 125 Ultralydundersøkelse med ekstern probe	7 674	21.8%
2 502a Dynamisk spirometri (flow-volume-curve).	3 650	10.4%
3 129a Arbeids-EKG med gradert belastning ved sykkelerg. / tredem. inkl. taking og tyding av EKG	3 438	9.8%
4 129e Dopplerundersøkelse med måling av blodstrømhastighet i hjertet og store kar	2 825	8.0%
5 129d Fullstendig ekkokardiografisk undersøkelse uten dopplerundersøkelse	2 781	7.9%
6 128c Oscillometri eller transkutan SAO ₂ -måling ved perifere karlidelser eller lungesykdommer	2 586	7.4%
7 510f Bestemmelse av NO i ekspirasjonsluften	1 295	3.7%
8 10c Materieallgruppe 3	1 291	3.7%
9 707 Taking og tyding av EKG	1 109	3.2%
10 112a Gastroskopi	1 032	2.9%
Andre prosedyrer	7 476	21.3%
Total	35 154	100.0%

Kapittel 9. Indremedisin

Tabell 9.7: Medisinske prosedyrer for indremedisinske konsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

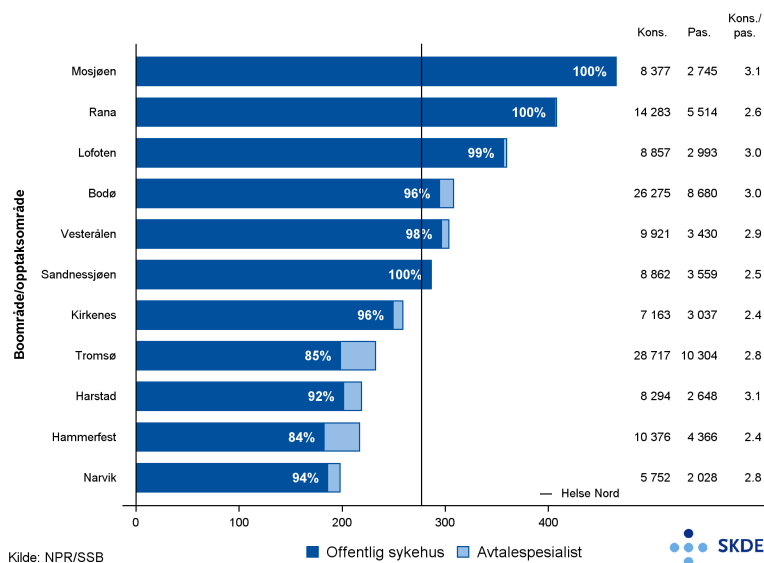
	Antall	Prosent
1 WEOA00 Ekstern stråleterapi, høyenergetisk (MV)	17 161	19.9%
2 WBG00 Intravenøs injeksjon/infusjon av legemiddel	5 376	6.2%
3 KAGD40 Hemodialyse, kronisk	5 196	6.0%
4 FPF05 Arbeids-EKG	3 525	4.1%
5 GDFC00 Spirometri	3 351	3.9%
6 FYDE30 Transtorakal ekkokardiografi	2 864	3.3%
7 FYDE31 Fullstendig ekkokardiografi	2 841	3.3%
8 ZWNN05 Fem eller flere like behandlinger/undersøkelser i samme seanse ZWU Teknikk	2 685	3.1%
9 WBOC05 Intravenøs injeksjon/infusjon av cytostatika	2 654	3.1%
10 FPF15 Holter-EKG	2 405	2.8%
Andre prosedyrer	38 113	44.2%
Total	86 171	100.0%

Tabell 9.8: Kirurgiske prosedyrer for indremedisinske konsultasjoner på offentlig sykehus, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 UJD05 Gastroskopi med biopsi	3 283	23.2%
2 UJD02 Gastroskopi	2 629	18.6%
3 UJF35 Koloskopi med biopsi	2 250	15.9%
4 UJF32 Koloskopi	2 002	14.1%
5 JFA15 Endoskopisk polypektomi i colon	483	3.4%
6 UJF42 Fleksibel sigmoidoskopi	368	2.6%
7 TNX20 Aspirasjon av beinmarg	339	2.4%
8 UJF45 Fleksibel sigmoidoskopi med biopsi	295	2.1%
9 4AB02 Behandling med legemiddel L04AB02 (Infliximab)	294	2.1%
10 TNX25 Borebiopsi av beinmarg	254	1.8%
Andre prosedyrer	1 974	13.9%
Total	14 170	100.0%

9.3 Lokal variasjon

Det var stor variasjon i forbruket av indremedisinske spesialistkonsultasjoner mellom bosatte i de ulike lokalsykehusområdene i Helse Nord. Mens bosatte i sykehusboområdene for Mosjøen og Rana hadde et gjennomsnittlig årsforbruk på henholdsvis 466 og 408 konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere, var det gjennomsnittlige forbruket pr. år for bosatte i Harstad, Hammerfest og Narvik omlag eller i overkant av 200 konsultasjoner pr. 1 000 innbyggere. Verken i Mosjøen eller Rana var det bruk av avtalespesialist i indremedisin lokalt. I boområdene med avtalespesialist i umiddelbar geografisk nærhet var forbruket rett over eller noe under gjennomsnittet. Avtalespesialistene hadde altså aktivitet i boområder hvor det offentlige forbruket var i den laveste delen av skalaen, og bidro nok ikke til de høyeste lokale forbruksratene.



Figur 9.2: Indremedisinske konsultasjoner for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, kjønns- og aldersjusterte rater pr. 1000 innbyggere, på offentlig sykehus og hos avtalespesialist, antall konsultasjoner, pasienter og konsultasjoner pr. pasient, gj.snitt 2011 - 2014

9.4 Indremedisinske subspecialiteter

9.4.1 Hjertemedisin hos avtalespesialister

I perioden 2011 til 2014 var det i gjennomsnitt 3 030 pasienter bosatt i Helse Nord med en eller flere konsultasjoner for hjertesykdom hos avtalespesialist. Antall konsultasjoner økte med ca. 20 % i fireårsperioden fra 3 515 til 4 235. Hos private hjerte-spesialister var det flest konsultasjoner knyttet til brystmerter, klaffefeil, blodtrykkssykdom og rytmeforstyrrelser (se tabell 9.9). Til sammen var 44 % av alle hjertekonsultasjoner hos avtalespesialist knyttet til de fem vanligste diagnosene. De 10 hyppigste hoveddiagnosene i tabellen sto for omlag 70 % av alle konsultasjonene hos de private hjertespesialistene.

Tabell 9.9: Hoveddiagnoser for hjertemedisinske konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 I25 Kronisk iskemisk hjertesykdom	437	11.2%
2 R07 Smerte i svelg og bryst	350	8.9%
3 I35 Ikke-reumatiske aortaklaffefeil	348	8.9%
4 I10 Essensiell (primær) hypertensjon	306	7.8%
5 R00 Unormale hjerteslag	282	7.2%
6 I48 Atrieflimmer og atrieflutter	275	7.0%
7 R06 Åndedrettsabnormiteter	237	6.0%
8 Z95 Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar	218	5.6%
9 I20 Angina pectoris	147	3.8%
10 I49 Annen hjertearytmi (arythmia cordis)	145	3.7%
Andre diagnoser	1 167	29.8%
Total	3 910	100.0%

Vi har også vurdert innholdet i konsultasjonene utfra hvilke prosedyrekoder som ble benyttet. I tabell 9.10 ser vi at aktiviteten hos avtalespesialister i hjertemedisin i stor grad dreide seg om ultralydundersøkelse av hjerte og halskar, EKG-undersøkelser med eller uten arbeidsbelastning og lungefunksjonsundersøkelse.

Tabell 9.10: Prosedyrer i normaltariffen for hjertemedisinske konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, normaltariff, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 129e Dopplerundersøkelse med måling av blodstrøms hastighet i hjertet og store kar	2 624	18.7%
2 129d Fullstendig ekkokardiografisk undersøkelse uten dopplerundersøkelse	2 583	18.4%
3 129a Arbeids-EKG med gradert belastning ved sykkelerg. / tredem. inkl. taking og tyding av EKG	2 435	17.3%
4 125 Ultralydundersøkelse med ekstern probe	1 419	10.1%
5 502a Dynamisk spirometri (flow-volume-curve).	1 209	8.6%
6 707 Taking og tyding av EKG	1 013	7.2%
7 128c Oscillometri eller transkutan SAO ₂ -måling ved perifere karlidelser eller lungesykdommer	799	5.7%
8 129c Ambulant kontinuerlig minimum 24 timers registrering av EKG på opptaksmedium.	502	3.6%
9 510e Vurdering av ventilasjon eller oksygenmetning under arbeidsbelastning	383	2.7%
10 510c Bestemmelse av anstrengelsesutløst luftveisobstruksjon	233	1.7%
Andre prosedyrer	839	6.0%
Total	14 040	100.0%

9.4.2 Lungemedisin hos avtalespesialister

I perioden 2011 til 2014 var det i gjennomsnitt 1 330 pasienter bosatt i Helse Nord med en eller flere konsultasjoner for lungesykdom hos avtalespesialist. Det var bare en spesialist med avtale på lungeområdet og denne var lokalisert i Tromsø. Antall konsultasjoner økte med 80 % i fireårsperioden fra 1 074 til 1 936. Det var en nedgang i antall konsultasjoner i 2014 fra de to foregående år.

I tabell 9.11 ser vi at det var flest konsultasjoner knyttet til diagnosene astma, vasomotorisk / allergisk rhinitt og KOLS, som tilsammen utgjorde 63 % av konsultasjoner. Omlag 94 % av alle konsultasjoner var knyttet til de 10 vanligste diagnosene.

Tabell 9.11: Hoveddiagnoser for lungemedisinske konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 J45 Astma	980	40.9%
2 J30 Vasomotorisk og allergisk rinitt	310	13.0%
3 J44 Annen kronisk obstruktiv lungesykdom	215	9.0%
4 Z03 Medisinsk observasjon og vurdering ved mistanke om sykdommer og tilstander	167	7.0%
5 R07 Smerte i svelg og bryst	130	5.4%
6 I49 Annen hjertearytmi (arythmia cordis)	123	5.2%
7 I25 Kronisk iskemisk hjertesykdom	120	5.0%
8 R06 Åndedrettsabnormiteter	86	3.6%
9 I10 Essensiell (primær) hypertensjon	80	3.3%
10 R05 Hoste	45	1.9%
Andre diagnoser	138	5.7%
Total	2 393	100.0%

I tabell 9.12 beskrives virksomheten hos avtalespesialisten ved hjelp av prosedyrekoder i Normaltariffen. Vi ser vi at lungefunksjonsmålinger sto for hovedaktiviteten, og også at arbeids-EKG sto for et visst volum.

Tabell 9.12: Prosedyrer i normaltariffen for lungemedisinske konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 502a Dynamisk spirometri (flow-volume-curve).	2 219	24.7%
2 128c Oscillometri eller transkutan SAO ₂ -måling ved perifere karlidelser eller lungesykdommer	1 782	19.9%
3 510f Bestemmelse av NO i ekspirasjonsluften	1 281	14.3%
4 509 Bestemmelse av lungenes "CO transfer factor"	676	7.5%
5 129a Arbeids-EKG med gradert belastning ved sykkelergo. / tredem. inkl. taking og tyding av EKG	633	7.1%
6 510e Vurdering av ventilasjon eller oksygenmetning under arbeidsbelastning	631	7.0%
7 508 Bestemmelse av statisk lungevolum ved hjelp av body-box	541	6.0%
8 177d Hyposensibiliserende behandling ved allergi	307	3.4%
9 102 Oppstart (1. kons.) av individuell strukturert røykeavvenning som ledd i behandling av sykdom	160	1.8%
10 502b Ved gjentatt undersøkelse etter bronkolytisk medikasjon	144	1.6%
Andre prosedyrer	593	6.6%
Total	8 965	100.0%

9.4.3 Gastromedisin hos avtalespesialister

I perioden 2011 til 2014 var det i gjennomsnitt pr. år 2 110 pasienter bosatt i Helse Nord som hadde 2 382 konsultasjoner hos avtalespesialist for gastromedisin. Vi ser at det var en klar nedgang i antall konsultasjoner i 2014 fra de tre foregående år.

Vurderer vi aktiviteten hos avtalespesialister utfra gitt hoveddiagnose ser vi at 42 % av alle polikliniske gastrokonsultasjoner var knyttet til de fem vanligste diagnosene (tabell 9.13). Dette omfatter diagnoser som magesmerter, betennelsesaktige tarmsykdommer, sykdom i overgang magesekk- spiserør og kreft i endetarm. De 10 mest brukte diagnosene sto for litt over 50 % av totalt antall konsultasjoner.

Tabell 9.13: Hoveddiagnose for gastromedisinske konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 K44 Mellomgulvsbrokk (hernia diaphragmatica)	207	8.7%
2 K58 Irritabel tarm-syndrom	177	7.4%
3 K29 Gastritt (gastritis) og duodenitt (duodenitis)	161	6.7%
4 K21 Gastroøsofageal refluksykdom	128	5.4%
5 R07 Smerte i svelg og bryst	110	4.6%
6 K30 Dyspepsi	107	4.5%
7 K76 Andre leversykdommer	93	3.9%
8 Z12 Populasjonsbasert screeningundersøkelse med henblikk på svulster	92	3.9%
9 K57 Divertikkelsykdom i tarm	75	3.1%
10 R10 Smerte i buk og bekken	70	2.9%
Andre diagnoser	1 164	48.9%
Total	2 382	100.0%

Tabell 9.14: Prosedyrer i normaltariffen for gastromedisinske konsultasjoner hos avtalespesialist, antall og andel, gj.snitt 2011-2014.

	Antall	Prosent
1 125 Ultralydundersøkelse med ekstern probe	6 238	58.8%
2 112b Tillegg for biopsi	1 341	12.6%
3 112a Gastroskopi	1 030	9.7%
4 115a Koloskopi (til ileum)	700	6.6%
5 129a Arbeids-EKG med gradert belastning ved sykkelerg./ tredem. inkl. taking og tyding av EKG	365	3.4%
6 502a Dynamisk spirometri (flow-volume-curve).	212	2.0%
7 129e Dopplerundersøkelse med måling av blodstrøms hastighet i hjertet og store kar	193	1.8%
8 129d Fullstendig ekkokardiografisk undersøkelse uten dopplerundersøkelse	190	1.8%
9 114a Sigmoidoskopi (til colon descendens)	87	0.8%
10 711 Hurtigtest for påvisning av Helicobacter pylori-infeksjon	84	0.8%
Andre prosedyrer	174	1.6%
Total	10 613	100.0%

Tabell 9.14 viser bruken av prosedyrekoder i Normaltariffen. Primært ble det utført ultralyd og skopiundersøkelser av mage og tarm, men også her ser vi at det ble gjort endel arbeids-EKG.

Kapittel 10

Sammendrag

Vi har analysert forbruket av dagbehandling og poliklinikk i Helse Nord i perioden 2011 til 2014, med spesielt fokus på forbruket hos avtalespesialister.

Fordeling mellom avtalespesialister og offentlig sykehus: Det totale forbruket av avtalespesialister innenfor fagfeltene øye, hud, øre-nese-hals, fødselshjelp/gynekologi og indremedisin i Helse Nord i perioden 2011 - 2014 var ca. 337 000 konsultasjoner. Dette utgjorde ca. 20 % av det totale forbruket. Innen fagfeltene øye, øre-nese-hals og fødselshjelp/gynekologi bedrev avtalespesialister en omfattende virksomhet, mens aktiviteten hos avtalespesialister innen hud og de indremedisinske fagfeltene lungemedisin, gastromedisin og hjertemedisin var mer begrenset.

Forskjeller i pasientkarakteristika og aktivitet: I alle fagfelt ser det ut til at aldersgruppen 50-80 år mottok hovedtyngden av behandlingen, med relativt små forskjeller mellom kjønnene i rater. Fordelingen av konsultasjoner mellom avtalespesialist og offentlig sykehus varierte noe med alder. Aktiviteten på sykehus økte prosentvis mer enn hos avtalespesialistene innen øyefaget, mens aktiviteten hos avtalespesialistene innen indremedisin og spesielt innen øre-nese-hals og gynekologi økte prosentvis betydelig mer enn på sykehus. Avtalespesialistene innen gynekologi økte aktiviteten med omlag 40 % i perioden. Avtalespesialisten i hud reduserte sin virksomhet med 32 % i perioden, mens veksten på samme fagområde var 5 % på sykehus. Innen alle fagfelt ble de fleste pasienter fulgt opp enten privat eller offentlig innen samme kalenderår. Det store volum av pasienter hos avtalespesialister ble fulgt opp der, og ofte for andre tilstander enn pasienter som hovedsakelig ble fulgt opp på sykehus. Et fåtall pasienter som ble fulgt opp begge steder hadde flere konsultasjoner pr. kalenderår, antakelig på grunn av en mer krevende sykdomstilstand. Vurdert utfra diagnoser og prosedyrer skilte aktiviteten hos avtalespesialist seg i varierende grad fra aktiviteten i på offentlige sykehus. Innen øyefaget ser vi at mer høyspesialiserte konsultasjoner på sykehus ble supplert med et stort volum av mer generelle øyekonsultasjoner hos avtalespesialistene. For indremedisin er det vanskelig å fange den "rene" indremedisinske aktiviteten på sykehus, slik at en sammenlikning blir utfordrende. Innen gynekologi og fødselshjelp kan det se ut som aktiviteten delvis omfattet helsehjelp som også utføres av allmennleger, som spiralinnsetting og cytologiprøver. Omfanget av disse økte fra 2011 til 2014.

Geografisk variasjon: Vi påviser til dels stor variasjon i totalforbruket av helsetjenester mellom boområder. Boområder med mye virksomhet hos avtalespesialistene hadde enten et lavt totalforbruk, et totalt forbruk rundt gjennomsnittet i landsdelen eller et høyt total forbruk. Innen hudfaget, og da særlig for lysbehandling, var det store geografiske kontraster både i for-

bruksrate og på hvor tett pasientene følges opp. For injeksjonsbehandling i øyet var det en stor geografisk gradient med et større forbruk av avansert injeksjonsbehandling i boområder som er sammenfallende med eller nær regionssykehusfunksjonene. Innen ØNH-faget ser det ut til at lokal nærhet til avtalespesialist slår ut i både et økt totalforbruk og økt avtalespesialistforbruk for pasienter som bor i nærområdet. Våre funn tyder ikke på at forbruket hos avtalespesialister systematisk virket inn på totalforbruket. Vi tror ikke det er sannsynlig at det høye forbruket vi ser i noen områder skyldes et økt avtalespesialisttilbud, men heller et generelt økt totaltilbud.

Vedlegg

Vedlegg A

Oversikt over avtaler og avtalespesialister, Helse Nord

Tabell A.1: Avtaler mellom avtalespesialister og Helse Nord, antall årsverk, 2011 - 2014.

	2011	2012	2013	2014
Indremedisin	3.6	5.4	4.2	5.4
Hudsykdommer	1.38	1.37	1.37	1.37
Kirurgi	0	1	1	1
Generell kirurgi	2	1	1	1.6
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	5.25	5	4.75	5.75
Revmatologi	0.2	0.2	0.2	0.2
Øre-nese-hals-sykdommer	7.14	5.95	5.75	5.75
Øyesykdommer	14.82	15.87	16.41	18.67

Vedlegg A. Oversikt over avtaler og avtalespesialister, Helse Nord

Tabell A.2: Oversikt over avtalespesialister og antall konsultasjoner, etter spesialitet og år, 2011 - 2014.

		2011	2012	2013	2014	Totalt
Hjerte	Utsi, Egil	1 447	1 328	1 308	1 345	5 428
	Sandvik, Johan E.	1 440	1 389	1 321	1 176	5 326
	Hofsøy, Kurt	628	969	1 575	1 714	4 886
Lunge	Opdahl, Ronald	1 074	2 615	3 947	1 936	9 572
Gastro	Johnsen, Knut	637	661	349	.	1 647
	Malm, Dag	1 475	1 710	1 854	1 833	6 872
	Florholmen, Jon	361	302	295	51	1 009
Hud	Olsen, Pål	4 519	4 656	4 358	3 476	17 009
	Nordahl, John Sverre	2 720	385	582	858	4 545
	Andre	592	225	828	972	2,617
Øre-nese-hals	Heyd, Matthias	539	3 698	3 651	3 620	11 508
	Zadig , Erik	1 788	2 494	2 487	2 467	9 236
	Sølem, Bjørn Steve	3 738	3 493	4 855	2 801	14 887
	Schmiz, Annette	3 462	2 159	2 324	2 695	10 640
	Julsrud, Tom	197	183	137	.	517
	Jannert, Magnus	542	.	.	.	542
	Hansen, Paul W.	549	3 583	2 862	2 653	9 647
	Bentsen , Paal	1 212	1 654	1 655	1 659	6 180
	Andre	592	437	549	510	2 088
Gynekologi	Eide, Irina	.	.	.	2 934	2 934
	Woerner, Susanne Ur- sula	.	.	1 269	2 115	3 384
	Aune, Berit	.	918	1 017	1 093	3 028
	Bollason, Sigfus Orri	2 385	1 146	.	.	3 531
	Sørheim, Nils	4 269	4 378	4 249	4 802	17 698
	Steffensen, Aage J.	2 903	2 088	1 823	.	6 814
	Skotheim, Terje	931	.	1 928	2 885	5 744
	Schiefloe, Arne	940	.	.	.	940
	Odland , Jon Øyvind	.	.	1 114	1 813	2 927
	Andre	247	351	536	764	1 898
Øye	Bjarghov, Steinar	.	.	.	1 163	1 163
	Salomonsen, Knut	.	.	1 566	2 020	3 586
	Grønlie, Siv Annick	.	.	1 730	2 398	4 128
	Filipponi, Marco	1 552	1 139	1 865	.	4 556
	Widerøe, Erik	2 231	2 420	2 164	2 066	8 881
	Taarnhøj, Jens	1 101	1 252	1 225	1 333	4 911
	Tvenning , Ole Nils	1 229	1 109	1 466	1 683	5 487
	Stojanovic, Aleksandar	928	873	1 000	904	3 705
	Steen, Elisabeth	2 023	2 078	1 963	2 050	8 114
	Somby, Per	.	2 543	.	.	2 543
	Skau, Tom	313	2 110	3 126	3 530	9 079
	Simonsen, David	2 587	2 036	2 951	3 262	10 836
	Resellmo, Knut	4 771	5 166	4 367	4 504	18 808
	Nitter, Tore	3 652	1 181	3 913	3 035	11 781
	Nikolaisen , Ronald	2 071	2 435	2 455	2 578	9 539
	Lyslo, Atle	3 481	3 522	3 052	2 777	12 832
	Lund, Per K.	2 566	1 715	.	.	4 281
	Kratholm, Jens	6 135	5 539	5 901	5 692	23 267
	Gustavsén, Vidar	1 197	2	1	1	1 201
	Estil, Svein Arne	192	193	185	178	748
	Eriksen, Hans L.	1 452	.	.	.	1 452
	Borgen, Berit	2 846	2 812	2 706	2 594	10 958
	Andre	371	492	586	685	2 134

Vedlegg B

ØNH-medisin: Forbruk fordelt på kommuner og boområder

Der antallet konsultasjoner for et boområde er under 5 er tallet av hensyn til personvern sensurert og erstattet med en skråstrek ("/").

Tabell B.1: ØNH-konsultasjoner hos avtalespesialister i Alta, rater pr. 1000 innbyggere fordelt på kommuner i spesialistens lokalområde, antall konsultasjoner, gj. snitt 2011-2014

	Rate	Konsultasjoner
2002 Vardø	0.2	/
2003 Vadsø	0.8	5
2004 Hammerfest	13.9	142
2011 Kautokeino	75.5	220
2012 Alta	104.1	2 015
2014 Loppa	39.1	39
2015 Hasvik	12.3	13
2017 Kvalsund	11.1	12
2018 Måsøy	29.8	37
2019 Nordkapp	17.8	58
2020 Porsanger	10.4	44
Andre	41.3	77
Total	356.4	2 660

Tabell B.2: ØNH-konsultasjoner hos avtalespesialister i Bodø, rater pr. 1000 innbyggere fordelt på kommuner i spesialistens lokalområde, antall konsultasjoner, gj. snitt 2011-2014.

	Rate	Konsultasjoner
1804 Bodø	43.0	2 050
1837 Meløy	19.6	135
1838 Gildeskål	16.1	40
1839 Beiarn	14.3	17
1840 Saltdal	23.3	117
1841 Fauske	21.3	223
1845 Sørfold	17.6	43
1848 Steigen	12.0	34
1849 Hamarøy	15.9	35
1856 Røst	20.0	12
Andre	39.8	174
Total	242.9	2 877

Vedlegg B. ØNH-medisin: Forbruk fordelt på kommuner og boområder

Tabell B.3: ØNH-konsultasjoner hos avtalespesialister i Narvik, rater pr. 1000 innbyggere fordelt på kommuner i spesialistens lokalområde, antall konsultasjoner, gj. snitt 2011-2014.

	Rate	Konsultasjoner
1805 Narvik	63.4	1 216
1850 Tysfjord	17.8	38
1853 Evenes	15.9	26
1854 Ballangen	47.7	134
1919 Gratangen	28.4	36
1920 Lavangen	9.8	11
Andre	23.3	86
Total	206.3	1 545

Tabell B.4: ØNH-konsultasjoner hos avtalespesialister i Øksnes, rater pr. 1000 innbyggere fordelt på kommuner i spesialistens lokalområde, antall konsultasjoner, gj. snitt 2011-2014.

	Rate	Konsultasjoner
1866 Hadsel	55.4	469
1869 Bø	57.6	173
1868 Øksnes	151.6	708
1870 Sortland	62.6	634
1871 Andøy	46.2	248
Andre	18.1	254
Total	391.5	2 486

Tabell B.5: ØNH-konsultasjoner hos avtalespesialister i Tromsø, rater pr. 1000 innbyggere fordelt på kommuner i spesialistens lokalområde, antall konsultasjoner, gj. snitt 2011-2014.

	Rate	Konsultasjoner
1902 Tromsø	55.9	3 627
1922 Bardu	21.4	90
1923 Salangen	19.7	48
1924 Målselv	17.3	122
1925 Sørreisa	45.6	163
1926 Dyrøy	24.8	34
1927 Tranøy	48.2	90
1928 Torsken	44.8	51
1929 Berg	47.5	47
1931 Lenvik	61.9	729
1933 Balsfjord	24.3	162
1936 Karlsøy	35.7	93
1938 Lyngen	26.6	86
1939 Storfjord	30.1	64
1940 Kåfjord	41.8	101
1941 Skjervøy	41.7	127
1942 Nordreisa	51.2	268
1943 Kvænangen	28.0	46
Andre	44.4	187
Total	710.9	6 134

Vedlegg B. ØNH-medisin: Forbruk fordelt på kommuner og boområder

Tabell B.6: Totalt antall konsultasjoner på offentlig sykehus for bosatte i Helse Nord, fordelt på behandlende sykehus og boområde, 2011-2014.

	Kirkenes	Hammerf.	Tromsø	Harstad	Narvik	Vesterål.	Lofoten	Bodø	Rana	Mosj.	Sandnessj.
Kirkenes	10 908	612	10	5	/	/	/	8	.	.	.
Hammerfest	516	10 080	43	/	.	/	/	/	.	/	.
Tromsø	1 107	3 367	29 332	923	1 522	454	172	250	144	50	121
Harstad	13	33	594	17 416	1 951	1 504	42	59	/	/	/
Narvik	/	7	75	619	5 637	95	12	262	/	.	.
Vesterål.	/	.	/	/	/	423	/	/	.	.	/
Lofoten	/4	/	13	52	/	1 195	7 202	20	.	/	9
Bodø	14	32	56	125	595	4 080	2 344	34 458	3 061	578	1 116
Mo i Rana	/	12	/	15	6	10	5	19	12 629	2 433	408
Mosjøen	.	.	/	.	/	.	.	7	413	1 551	458
Sandnessj.	6	6	8	3	3	3	10	11	5 929	6 002	14 030
Andre sh.	356	763	1 098	354	181	264	207	823	525	318	1 234
Total	12 932	14 914	31 236	19 518	9 903	8 031	10 001	35 924	22 705	10 938	17 379

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Epost: post@skde.no

Telefon: 77 75 58 00

www.skde.no

Postadresse

SKDE

Postboks 6

9038 Tromsø

ISBN: 978-82-93141-22-8

Alle rettigheter SKDE.