

Desentralisering av polikliniske kontroller

Gro Berntsen

Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE) 2007.



Desentralisering av polikliniske kontroller

Følgende forkortelser er brukt gjennomgående i dokumentet for institusjonene og deres tilhørende opptaksområder i Helse Nord: 10 KIR – Kirkenes, 11 HFS – Hammerfest, 13 NAR – Narvik, 14 HSH – Harstad, 15 STK – Stokmarknes, 16 LOF – Gravidal i Lofoten, 18 RAN – Mo i Rana, 19 SSJ – Sandnessjøen, 20 MSJ – Mosjøen, HN – Helse Nord.

Hovedmålsetning med prosjektet:

Å vurdere om det finnes polikliniske kontroller som kan flyttes fra sentralsykehus til lokalsykehus el primærlege uten at det går ut over kvaliteten på pasienttilbudet.

Det er umulig ut fra rutinedata å beskrive hvilke kontroller som bør lokaliseres hvor. Dette oppdraget begrenses derfor til å beskrive den delmengde av polikliniske kontroller for pasienter bosatt utenfor opptaksområdene til UNN el Nordlandsykehuset i Bodø, og som skjer ved disse to sentralsykehusene.

1. Vurdere styrker og svakheter ved forskjellige metoder for identifisering av polikliniske kontroller.

2. Etter beste antatte metode:

- Antall polikliniske kontroller
- Antall pasienter og beskrivelse av pasienterfaringene
 - Geografisk tilhørighet
 - Fagtilhørighet
 - Diagnosegrupper
 - Prosedyrekoder

Metode:

Hva er en poliklinisk kontroll?

Begrepet har et medisinsk innhold, men det har ikke lyktes å finne noen formaldefinisjon etter søk i Medline, Google Scholar eller i norske medisinske nettsteder. Følgende beskrivelse skisserer den arbeidsdefinisjon som er brukt i dette arbeidet. Disse beskrivelsene bør være gjenstand for diskusjon og evt endringer.

Den polikliniske kontrollen defineres ut fra sitt formål. Kontroller er de konsultasjoner i en serie av kontakter hvor helsearbeideren gjør en vurdering av sykdomsforløp og behov for tiltak etter at initiell diagnostikk og behandling er iverksatt. Kontroller kan derfor bare identifiseres som en del av en behandlingsserie. Begrepet behandlingsserie knytter seg til alle de kontakter som utløses av en bestemt medisinske problemstilling med tilhørende utredning og/ eller behandling.

Identifikasjon av kontroller i et datamateriale foregår:

- Ved at legen selv definerer konsultasjonen som en kontroll i variabelen ”Konsultasjonstype”
- Ved at Takst eller diagnosesystem forteller at dette er en kontroll
- Ved en slags ”mønstergjennkjenning” av en behandlingsserie med mulige kontroller.

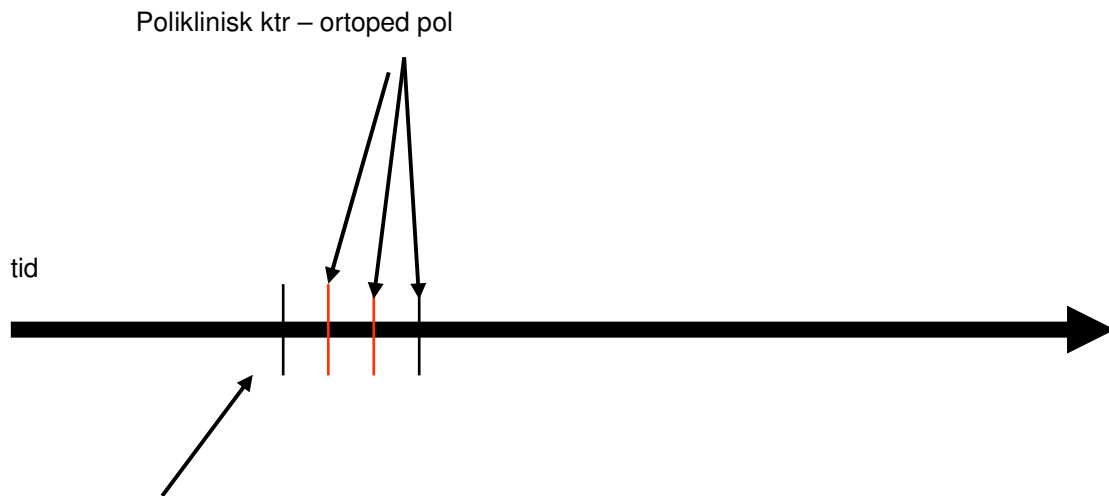
Mer om mønstergjennkjenning:

Mønstrene i en behandlingsserie vil være litt ulike avhengig av om problemstillingen er en akutt eller kronisk tilstand. Andre kompliserende forhold som kan påvirke vår mulighet til å gjenkjenne en kontroll i et datamateriale er også gjennomgått nedenfor.

Kontroller hos en pasient med intercurrent sykdom

Pasienten har en akutt / eller elektiv tilstand som utløser behandling. For å se at det kliniske forløpet svarer til et forventet forløp tilbys oppfølgende polikliniske kontroller. Ved avvikende forløp vurderes behov for tiltak. Når det forventede forløp er bekreftet og behandlingen er gjennomført, avsluttes kontrollene. Kontrollene vil oftest

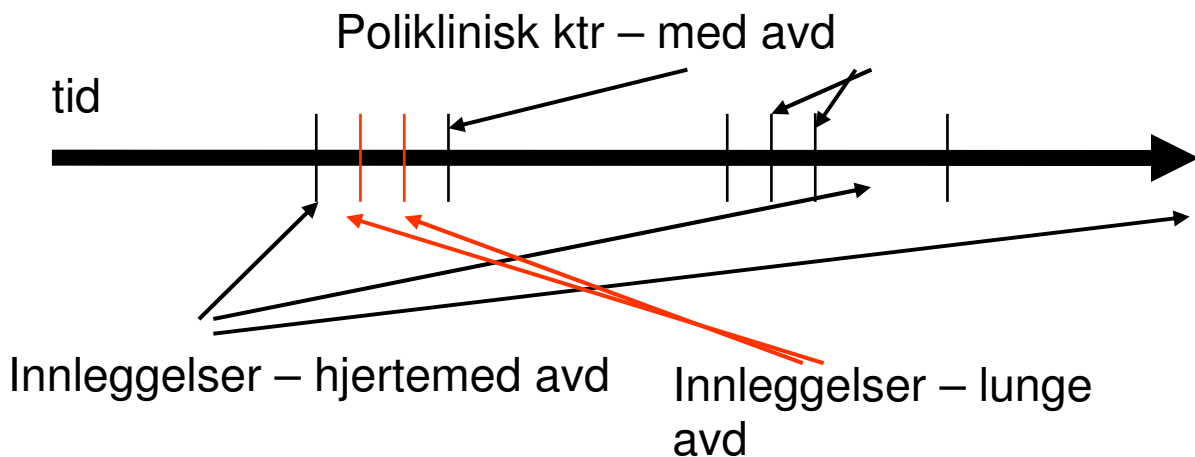
komme nokså tett etter den initielle behandlingen, det vil være en begrenset serie med kontakter som så opphører.



Innleggelser – komplisert ankelbrudd

Kontroll av en pasient med en kronisk tilstand

Pasienten har en kronisk tilstand. Tilstanden vil ha et mer eller mindre forutsigbart forløp. Poenget med kontrollen er å gi pasient og lege et møtepunkt for å vurdere forløpet og vurdere behov for evt tiltak. Kontrollserien avsluttes ikke selv om tilstanden forløper som forventet. Ny kontroll avtales med gitte mellomrom avhengig av tilstand, sykdomsintensitet, betydningen av tidlig intervensjon og opfattet nytte av evt slik intervensjon.



Felles for de to ovenstående forståelsene av en poliklinisk kontroll er at kontrollen aldri er den første konsultasjonen. Den polikliniske kontrollen kommer etter en annen initiell kontakt.

Flere behandlingsserier parallelt:

En pasient kan ha flere akutte/ el kroniske tilstander som utløser flere parallelle behandlingsserier. For å kunne avgjøre om en konsultasjon er en potensiell kontroll eller ikke må en derfor skille behandlingsseriene fra hverandre. I de følgende analysene tas det utgangspunkt i at pasienter generelt har en behandlingsserie pr fag. Dette kan forsvares ut fra at det er vanlig at fagpersoner innen samme avdeling samordner kontroller for evt sammensatte lidelser som behandles av samme type fagperson. For eksempel – en pasient som både har en lungesykdom og en hjertesykdom som kontrolleres på medisinsk avdeling får begge kontroller utført samtidig ved samme konsultasjon. Denne forutsetningen kan hos noen pasienter være feilaktig.

Behandlingsserier som foregår på tvers av flere avdelinger

Det finnes sammensatte lidelser hvor det utføres kontrollserier hos forskjellige typer fagpersonell. For eksempel vil diabetes pasienter få utført nødvendige kontroller både hos spesialist i endokrinologi, diabetessykepleier, øyelege, primærlege, nevrolog og cardiolog – litt avhengig av tilstandens aggressivitet og evt komplikasjoner. Her er behandlingsserien vanskeligere å identifisere uten at en setter opp spesifikke regler for ”mønster” gjenkjenning for hver tilstand.

Spesielt krevende kroniske pasienter

Det finnes pasienter som har kompliserte tilstander hvor stadig nye komplikasjoner krever utredning og tiltak. Eks – et barn med cerebral parese hvor det viser seg at pasienten må innlegges for å få gjort korrigerende kirurgi pga feilstillinger i muskel skjellett systemet. Ideelt sett er hver ny komplikasjon en ny behandlingsepisode med mulighet for tilhørende polikliniske kontroller. De konsultasjonene hvor problemstillingen reises og utredes er imidlertid ofte polikliniske besøk som kommer inni en serie av kontroller. Her er det glidende overganger hvor det ikke er lett å skille ut den polikliniske kontrollen verken konseptuelt eller i praksis i et datasett.

Poliklinisk behandling.

Serier av polikliniske kontakter hvor formålet er å gi pasienten en behandling, som for eksempel strålebehandling, cellegiftbehandling, lysbehandling, dialysebehandling etc. er ikke polikliniske kontroller. En del av denne behandlingen kan nokså greit skilles ut ved at de har en behandlingsdiagnose knyttet til kontakten. Men for andre tilstander beholdes hoveddiagnosen selv om kontakten sannsynligvis er del av en behandlingsserie. Spesielt gjelder dette behandling ved fysioterapi og ergoterapi avdelinger for muskel-skjellett tilstander og smertetilstander. Det er åpent for diskusjon hvorvidt en bør klassifisere disse kontaktene som behandlings-kontakter. Jeg har beholdt gjeldende koder for polikliniske kontroller fordi det kan være grunn til å se på om også slik behandling kan desentraliseres ytterligere.

Materialet:

Tar utgangspunkt i pasientadministrative data for kontakter som er avsluttet i 2002-2006. Viktige punkter i datamaterialet er:

- Vi har episode-data – dvs, hver kontakt (dag, døgn eller avdelingsopphold) er beskrevet som en linje i datasettet.
- Pasienter har samme identifikasjonsnummer innen samme sykehus, men kan ikke følges mellom sykehus.
- Vi har ikke oversikt over aktivitet hos private spesialister i perioden.

I Helse Nord er det ca 47 000 dagbehandlinger¹ pr år, ca 90 000 innleggelser og 440 000 polikliniske kontakter i ovenfornevnte periode. Tallene er noe høyere enn det som rapporteres i NPR fordi vi her har brukt avdelingsopphold i stedet for samleopphold og inkludert intern-konsultasjoner og ikke-takstgivende konsultasjoner i poliklinikkdataene. Dette fordi det representerer reell aktivitet som kan være en sentral del av et pasientforløp selv om det ikke utløser finansiering gjennom ISF eller POLK.

Desentralisering er bare aktuelt for pasienter som reiser bort fra lokalsykehusområdet til en større sentral institusjon for kontroll. Ikke aktuelt for polikliniske konsultasjoner som gjøres under en døgninnleggelse (internkonsultasjoner).

Ut fra ovenstående tenkning har vi lagt følgende inklusjonskriterier inn i det aktuelle datamaterialet.

¹ Definisjoner:

- Innleggelse – definert ut fra variabler (”omsorg”=1 og ”opphold”=1) som forteller at pasienten er innlagt og at det dreier seg om en overnatting.
- Poliklinikk – alle kontakter som har (”omsorg”=2) og som er finansiert via POLK.
- Dagbehandling: Innleggelser som er definert som dagopphold (omsorg=1 og opphold=2) eller poliklinikk som har ISF finansiering (såkalte nullstilte takster).

Inklusjonskriterier:

Behandlingssted:

- Inkluderer alle kontakter som skjer ved hhv UNN el Bodø sh.

Eksklusjonskriterier:

- Pasienter:

- o Alle som bor i UNN el Bodøs opptaksområde.
- o De som mangler bokommune (utlendinger) og pasienter bosatt i Sør Norge da det er uaktuelt å desentralisere tilbudet for disse to gruppene.

Rapportering:

Innleggelser og Dagbehandlinger er inkludert i materialet slik at de kan inngå i behandlingsserier, men presentasjonen fokuserer på hovedproblemstillingen – dvs de polikliniske kontaktene. En fullstendig oversikt over bakgrunns materialet er gitt i vedlegg XX.

Identifikasjon av polikliniske kontroller

I et datasett med pasientadministrative data kan man identifisere kontroller på følgende måte:

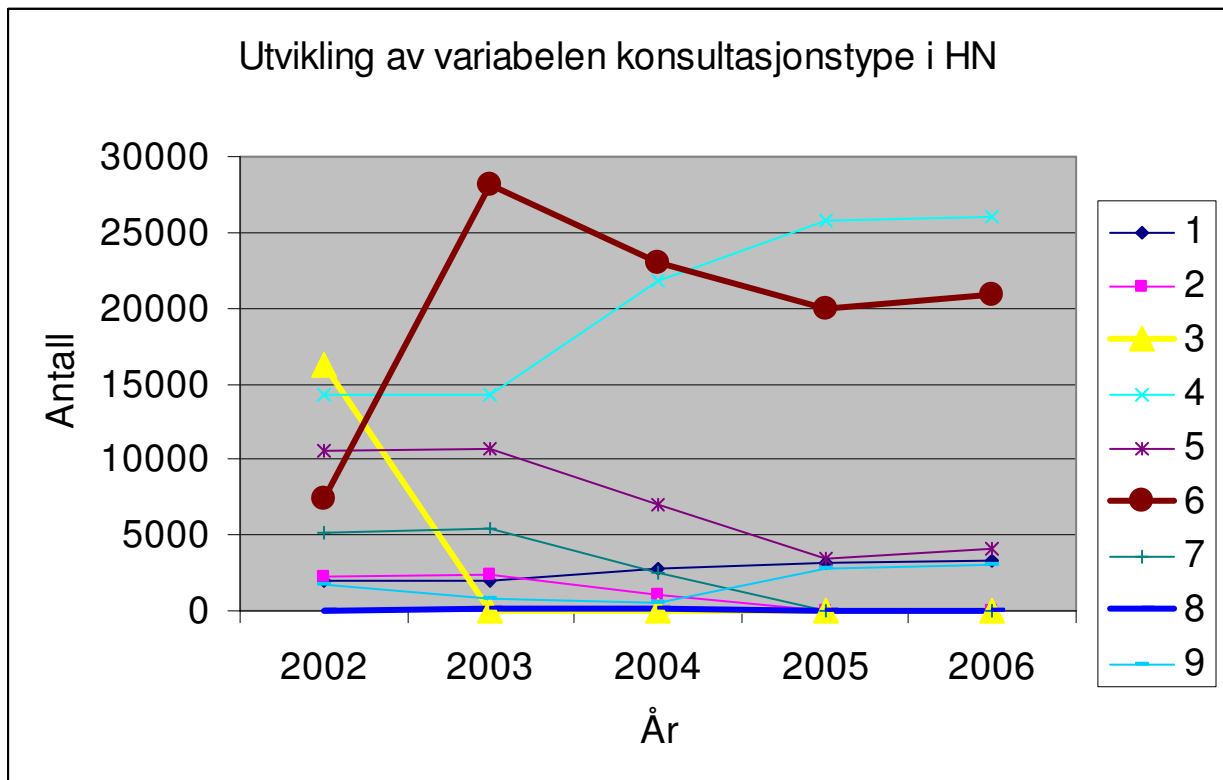
Variabelen konsultasjonstype

Helsearbeideren definerer dette som en kontroll ut fra et medisinskfaglig perspektiv. NPR-recorden har en variabel som er tenkt brukt til dette – Konsultasjonstype.

Tab XX. Utvikling av variabelkategorier for "Konsultasjonstype" over i pasientadministrative data for polikliniske kontroller. Konsultasjonstype 3, 6 og 8 er kategorier som identifiserer kontroller.

	2002	2003	2004	2005	2006	Tal
1 Øyeblikkelig hjelp konsultasjon (innen 24 timer)	2 026	2 027	2 815	3 205	3 321	
2 Førstegangskonsultasjon (i serie for sykehtilfelle/lidelse)	2 188	2 342	1 029	3	1	
3 Fra og med andre konsultasjon i en konsultasjonsserie (en av flere konsultasjoner som til sammen utgjør et avsluttet be	16 260	57	44		1	
4 Enkel konsultasjon (ikke i serie)	14 221	14 310	21 757	25 779	26 065	
5 Innlagt pasient (intern konsultasjon)	10 568	10 678	7 007	3 477	4 121	
6 Kontroll av pasient med kronisk lidelse (dekkes ikke av kode 02, 03 eller 04)	7 381	28 167	23 031	19 914	20 838	
7 Avsluttet konsultasjonsserie, jfr. kode 03	5 090	5 380	2 472	6	1	
8 Hjemmedialyse - Ny 01.07.2001	61	110	73	23	2	
9 Annet	1 706	754	508	2 790	3 048	
Table Total	59 501	63 826	58 736	55 198	57 398	

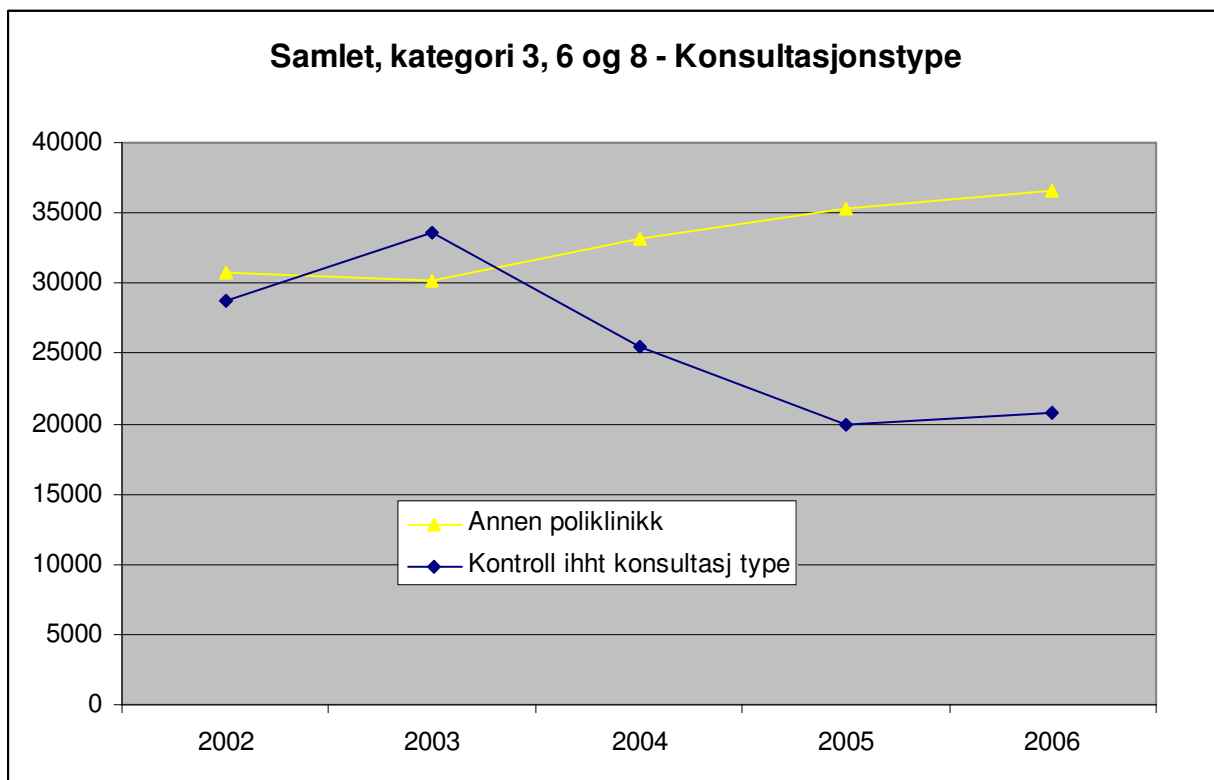
Fig XX. Utvikling av variabelen Konsultasjonstype over tid i pasientadministrative data for polikliniske kontroller. Kategorier som brukes for å identifisere kontroller er markert med tykke linjer.



Vi tror variabelen ikke er i bruk slik den var tenkt. Det er et skifte i 2003 hvor kategori 3 – (fom 2. konsultasjon i en serie) ikke lenger brukes, og kategori 4 (Enkelt konsultasjon – ikke i serie) tar over. Variabelen fungerer best for å fange opp kontroller av kronikere, men også der har den et påfallende fall over tid. Det gir grunn til å tro at mange kontroller ikke fanges opp av denne variabelen. Det er et generelt inntrykk der hvor kontrollkategorier er brukt at den er brukt korrekt – dvs hovedproblemet er sannsynligvis for mange kontroller er registrert som enkeltkonsultasjoner og dermed ikke fanges korrekt av variabelen.

Samling av kategoriene 3, 6 og 8 i en gruppe og de øvrige kategoriene i en annen gir følgende bilde.

Fig XX – Antall kontroller identifisert vha variabelen Konsultasjonstype (verdi 3, 6 el 8) ved poliklinikk.

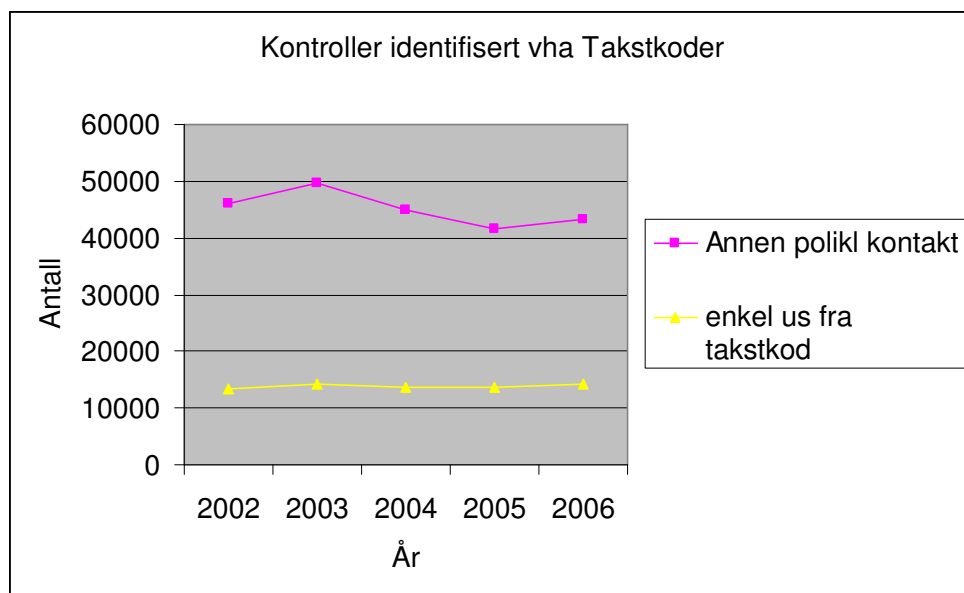


Takstsystemet:

Når pasienten undersøkes første gang i en behandlingsserie ved en poliklinikk så kan klinikken kreve full takst (Tasktskode: 'X'02, hvor tegnet X er en fagspesifikk bokstav.). Denne koden kan ikke benyttes på nytt for samme diagnose de neste 6 måneder. Dersom pasienten kommer tilbake for samme tilstand før 6 mnd er gått må en bruke enkel takst som er (Tasktskode: 'X'01).

Fordeling av polikliniske konsultasjoner etter taksttype og år.

	2002	2003	2004	2005	2006	Table Total
Annen polikl kontakt	46034	49535	44936	41605	43137	225247
enkel us fra takstkod	13467	14291	13800	13593	14261	69412
	59501	63826	58736	55198	57398	294659



I praksis vil enkel takst kun fange opp en liten andel av alle kontroller, fordi diagnosene endrer seg i løpet av et forløp, slik at ny fulltakst kan kreves. For eksempel: Et ankel brudd kodes med "S826Brudd i lateral malleol". Når pasienten kommer til kontroll brukes koden:

Z47.8 "Annen spesifisert ortopedisk etterbehandling" (Skifte, kontroll eller fjerning av: Gipsbandasje, utvendig fiksasjons- eller strekkutstyr).

Z-diagnoser:

Følgende Z-diagnoser brukes regelmessig ved spesifiserte typer kontroller:

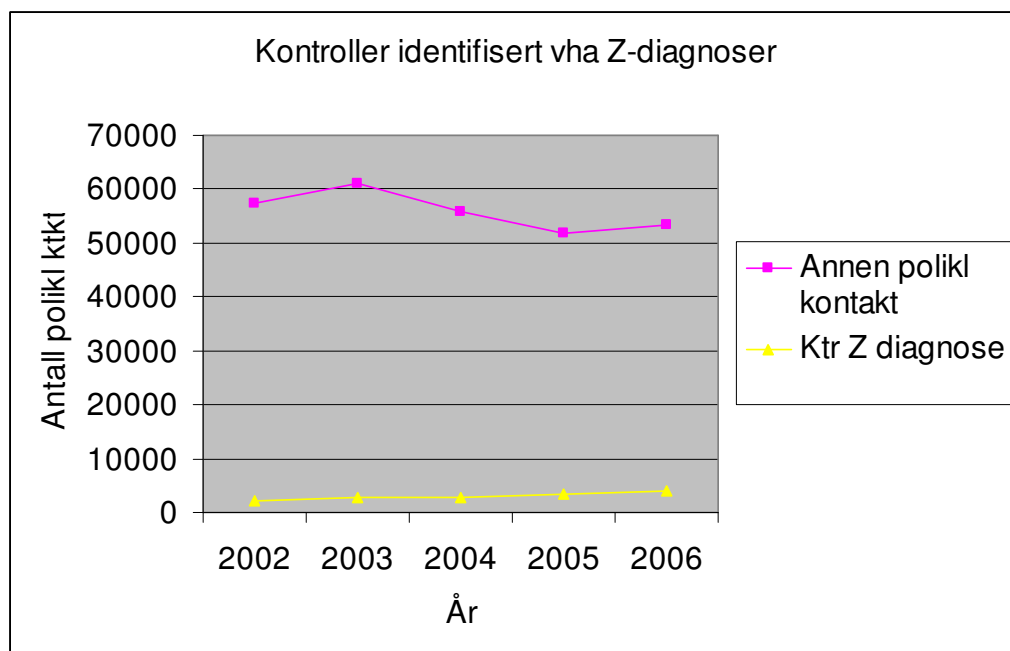
Z08	Etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst
Z09	Etterundersøkelse etter behandling for andre tilstander enn ondartet svulst
Z34	Kontroll av normalt svangerskap
Z42	Kontakt med helsetjenesten for etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi
Z43	Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av kunstige åpninger
Z47	Kontakt med helsetjenesten for annen ortopedisk etterbehandling
Z48	Kontakt med helsetjenesten for annen etterbehandling etter kirurgi
Z54	Kontakt med helsetjenesten for rekonvalesensformål

Det finnes ca 2-3 000 kontakter pr år som er knyttet til en slik Z-diagnose i enten hoved eller bidiagnosen.

Tab XX. Fordeling av polikliniske konsultasjoner etter Kontroller med Z-diagnose og år.

	2 002	2 003	2 004	2 005	2 006	Table Total
Annen polikli kontakt	57 250	61 093	55 858	51 686	53 402	279 289
Ktr Z diagnose	2 251	2 733	2 878	3 512	3 996	15 370
	59 501	63 826	58 736	55 198	57 398	294 659

Fig XX. Fordeling av polikliniske konsultasjoner i HN etter Kontroller med Z-diagnose og år.



Igjen er det åpenbart at de fleste kontroller ikke fanges med denne variabelen, men den kan være et nyttig supplement til andre metoder beskrevet tidligere.

Behandlingsserier:

Ut fra resonnementene tidligere om hva en kontroll er har vi forsøkt å lage regler i datasettet for å identifisere kontakter som er sannsynlige kontroller ved å se på hele behandlingsserier. Etter en del prøving og feiling er følgende regler brukt for å identifisere sannsynlige kontroller i en behandlingsserie.

- 1) Totalt antall kontakter for pasienter må være to eller flere.
- 2) Behandlingsserier er pr def knyttet til en fagavdeling. (Det betyr at endringer i avdelingsbetegnelse over tid, eller at nye avdelinger deltar i kontrollene av samme problemstilling medfører at nye behandlingsserier opprettes).
- 3) Første kontakt i en behandlingsserie kan ikke være en kontroll. Unntakene vil være de behandlingsseriene som er påbegynt før 2002, eller som er påbegynt ved en annen avdeling ved en annen institusjon. I disse tilfellene er en avhenig av de øvrige kontrollvariablene for å identifisere kontrollen.
- 4) Bare polikliniske kontakter i serien vurderes – innleggelse og dagbehandling inngår i behandlingsserien men telles ikke som polikliniske kontroller.
- 5) ICD-10 diagnosegruppen for hoveddiagnosen kan ikke ha skiftet mer enn en gang i behandlingsserien for de kontaktene som er kontroller. Dersom den skifter flere ganger kan det være nye problemstillinger som i realiteten er starten på nye behandlingsserier. Dersom en ikke tillater et skifte i det hele tatt, fanger en ikke opp kontroller hvor en skifter til Z-diagnoser eller hvor diagnose er utelatt.
- 6) ICD-10 behandlingsdiagnoser kan ikke være polikliniske kontroller – disse kalles i stedet for Poliklinisk behandling.
- 7) Dialysepasienter er en subgruppe som har meget tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Polikliniske kontakter for disse pasientene er derfor markert som en egen gruppe.

Tab XX – Identifikasjon av polikliniske kontroller ut fra mønstergjennkjenning i behandlingsserie i et pasientforløp i hht regler gitt i teksten. Helse Nord, polikliniske kontakter, 2001- 2006. Poliklinisk behandling i 2006 mangler – dette må være en feil i datagrunnlaget. Det var ikke mulig å rette denne feilen før 1. versjon av dette dokumentet ble utsendt pga tidsmangel. Denne tabellen er derfor preliminær.

	2002	2003	2004	2005	2006	Group Total
Ikke pol ktr	30 347	29 501	26 785	32 136	36 241	155 010
Pol dialysepas	529	289	485	479	521	2 303
Pol behandl	8 207	8 649	5 482	5 738	?	28 076
Pol ktrserie fag	20 418	25 387	25 984	16 845	20 636	109 270

Kombinasjoner av de fire metodene:

Her har en valgt å kombinere alle de fire metodene og definerer en kontroll som en kontakt som er merket gjennom en eller flere av de fire metodene.

Tab XX. Identifikasjon av polikliniske kontroller etter forskjellige metoder over tid.

	2 002	2 003	2 004	2 005	2 006	Group Total
1 Pol ktr både i behandl serie og i faglige kontrollvariable	13 367	17 159	17 356	11 753	13 425	73 060
2 Pol ktr ihht de faglige kontroll variablene: Konsult type, takst el Z-diagnose	20 753	21 212	14 583	15 646	14 911	87 105
3 Pol ktr i hht behandlinsserie innen fag	7 051	8 228	8 628	5 092	7 211	36 210
4 Annen poliklinikk	18 330	17 227	18 169	22 707	21 851	98 284
SUM	59 501	63 826	58 736	55 198	57 398	294 659

Sjekk av kvalitet på kontroll-identifikasjon.

71 pasienter med fulle behandlingsserier på til sammen 200 enkelt episoder ble tatt ut fra begynnelsen av datasettet og gjennomgått mhp all tilgjengelig pasientadministrativ informasjon. Pasientene hadde fra 1 til 14 episoder hver. Av disse var det 25 pasienter som ikke hadde noen identifiserte kontroller i sin behandlingsserie og 46 som hadde en eller flere kontroller. Alle kontaktene var på UNN. Av de 200 kontaktene er det 121 kontakter som er identifisert som kontroller ved bruk av en av de tre "kontroll-variabelene" (Konsultasjonstype, Takster, Z-diagnoser) eller som sannsynlige kontroller vha "kontroll gjenkjenning" i en behandlingsserie.

	Antall	Kolonne %	Feil klassifisert	Kommentarer
Annen pol	46	23 %	4	<ul style="list-style-type: none"> • Svangerskaps ktr • Samme lidelse – henv til fysioterapi • Diagn veksler mellom obs ved mistanke om malign diagn som indikerer malign tumor. • Samme diagn – henv til ergoterapi
Innl/ Dag	33	17 %		
Pol ktr i hht ktrserie innen fag	18	9 %	1	<ul style="list-style-type: none"> • Pas har to konsult med to forskj hoveddiagn grupp neste konsult er et nytt tema.
Pol ktr ihht faglige kontrollvariable	58	29 %	1	<ul style="list-style-type: none"> • Us av pas v forskningsposten
Pol ktr (begge var)	45	23 %		
	200	100%	6	

En fant at av 46 kontroller som var bedømt som poliklinisk ikke-kontroll, burde 4 vært vurdert som kontroller (9%). Av de 121 kontaktene som var klassifisert som kontroller ble to (2%) vurdert til ikke å være kontroller.

På grunn av tidsmangel er kontroll-identifisering ikke validert på en vitenskapelig gyldig måte. Denne overflatiske kontrollen av kvaliteten på kontrollvariabelen har mange svakheter. Pasientene burde vært et randomisert utvalg, som var representativt både mht tidsspenn og behandlende sykehus. Observatørene burde være blindet mht kontrollstatus i datasettet. Videre burde en journalgjennomgang vært gullstandard, helst med flere uavhengige observatører. Denne testen må derfor sees som en preliminær kontroll av kvaliteten på verktøyet for å identifisere kontroller.

Gjennomgangen antyder at falske negative er et større problem enn falske positive. Dvs – de estimerer vi gir på antall kontroller er sannsynlige minimumsestimat.

Endelig forslag til variabel definisjon:

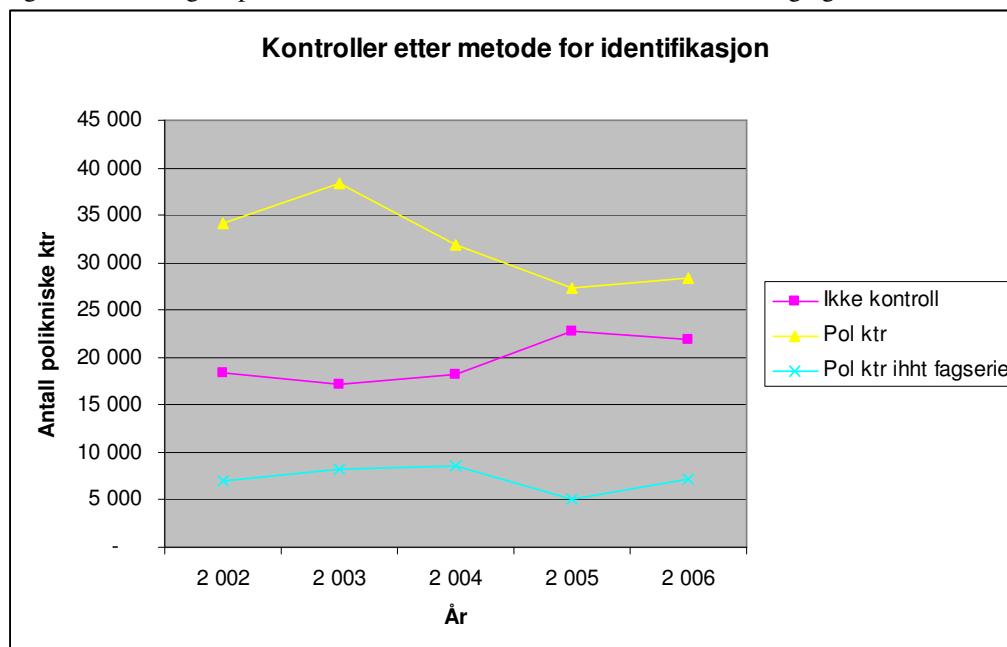
Som oppsummering av metodearbeidet så har en valgt å dele inn materialet i hht følgende definisjon på polikliniske kontroller.

- Sikre kontroller er definert ut fra en faglig satt kontroll variabel (Takst, Z-diagnose eller Konsultasjonstype) med eller uten en tilhørende mønstergjennkjenning av kontrollen i en behandlingsserie.
- Potensielle kontroller – er kontroller som er identifisert ut fra en mønstergjennkjenning innen en behandlingsserie alene.
- Ikke kontroller – er polikliniske kontakter som ikke har noen kontrollmarkører knyttet til seg.

Tab XX. Fordeling av polikliniske kontroller etter metode for identifisering og år.

	2 002	2 003	2 004	2 005	2 006	Group Total
Ikke kontroll	18 330	17 227	18 169	22 707	21 851	98 284
Pol ktr	34 120	38 371	31 939	27 399	28 336	160 165
Pol ktr ihht fagserie	7 051	8 228	8 628	5 092	7 211	36 210
Sum ktr	41 171	46 599	40 567	32 491	35 547	196 375
Group Total	59 501	63 826	58 736	55 198	57 398	294 659

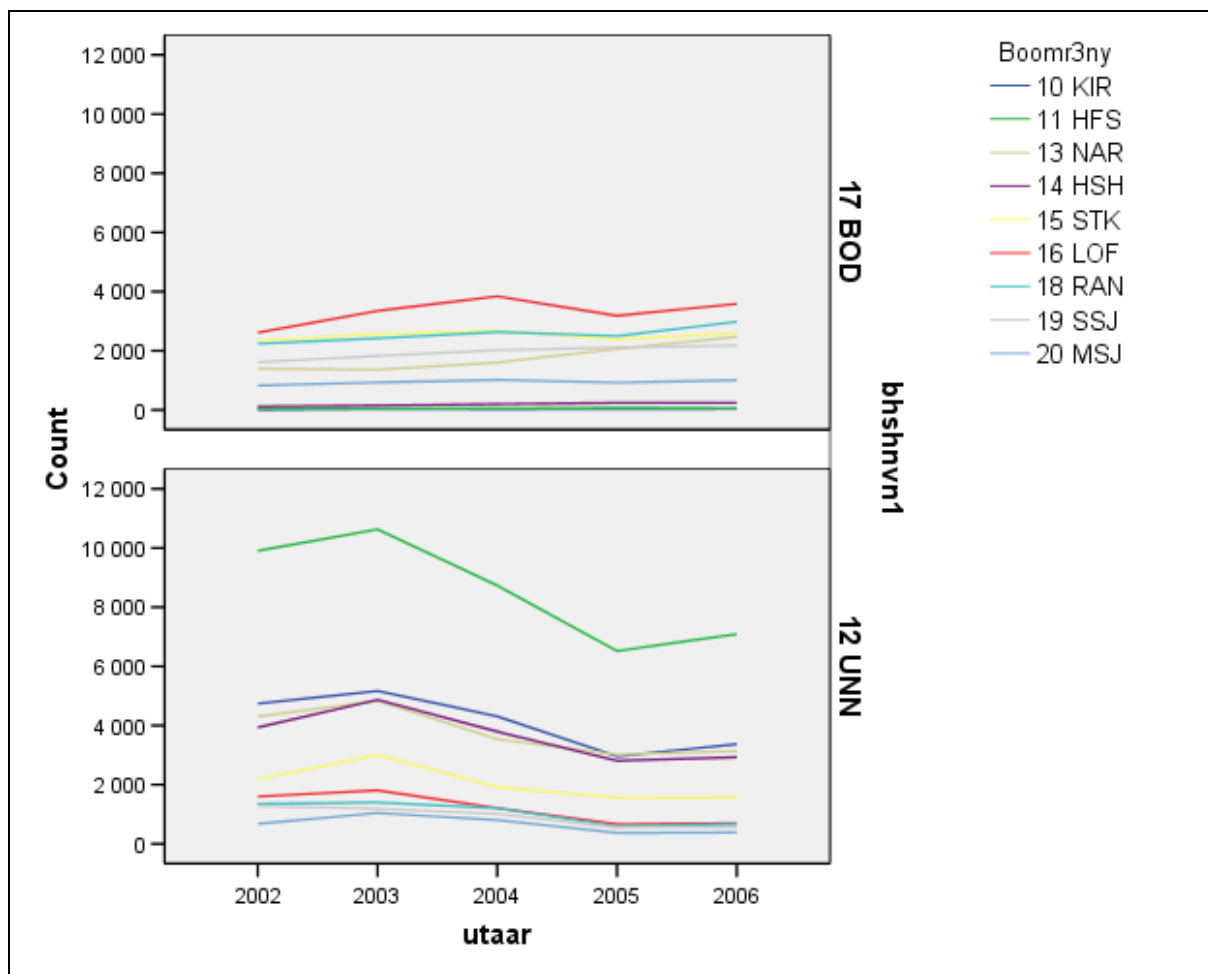
Fig XX. Fordeling av polikliniske kontroller etter metode for identifisering og år.



Beskrivelse av kontrollene:

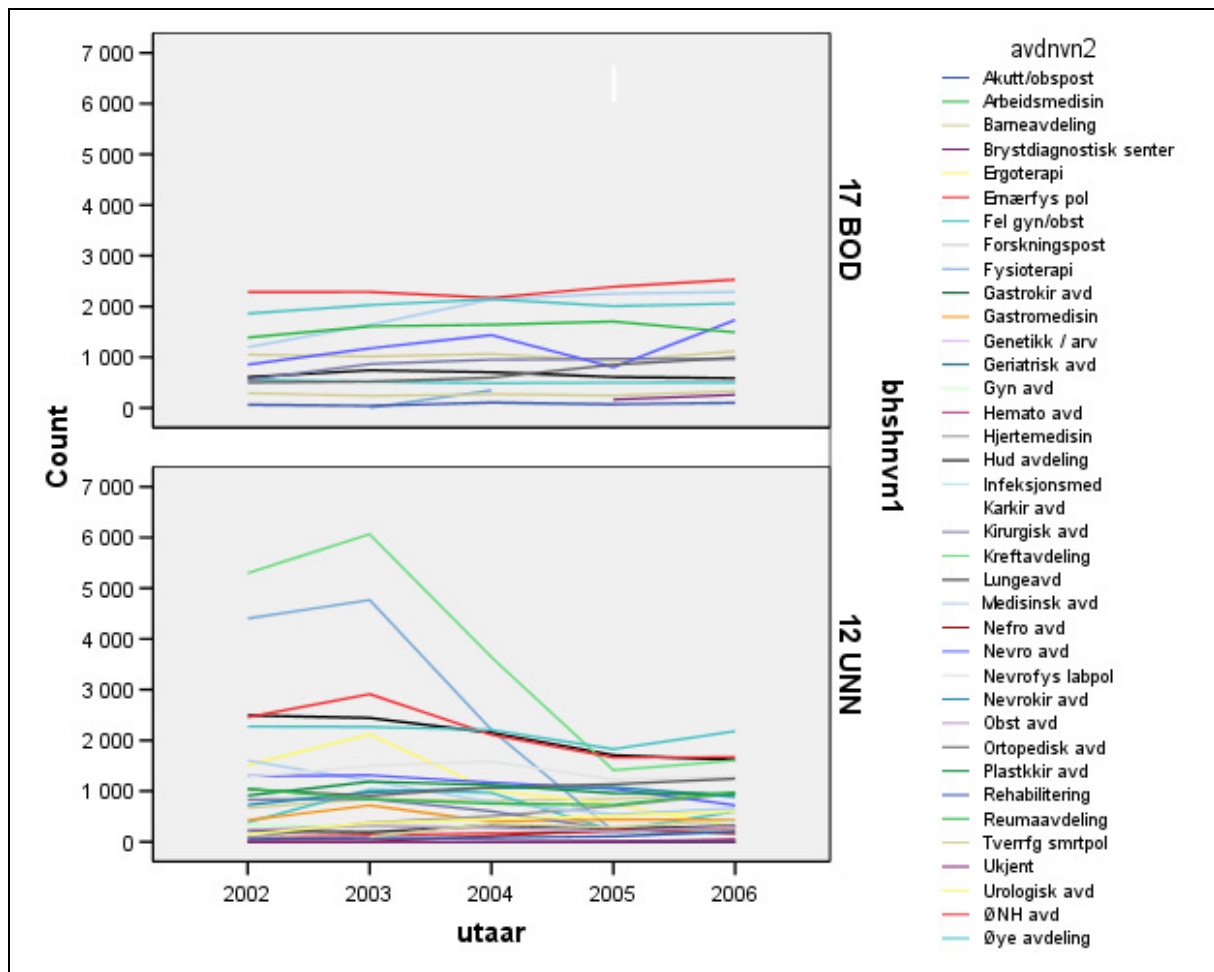
Fordi metoden som her brukes bør diskuteres og evt raffineres og valideres ytterligere, så gis det bare en oversiktsmessig beskrivelse av materialet.

Fig XX. Polikliniske kontroller fordelt etter boområde og behandlende sykehus over tid.



Det er en markert reduksjon i "reise" kontroller fra alle boområder til UNN.

Fig XX. Polikliniske kontroller fordelt etter behandlende avdeling og behandlende sykehus over tid.



Vedlegg 1

Bakgrunns materiale – fullstendig beskrivelse:

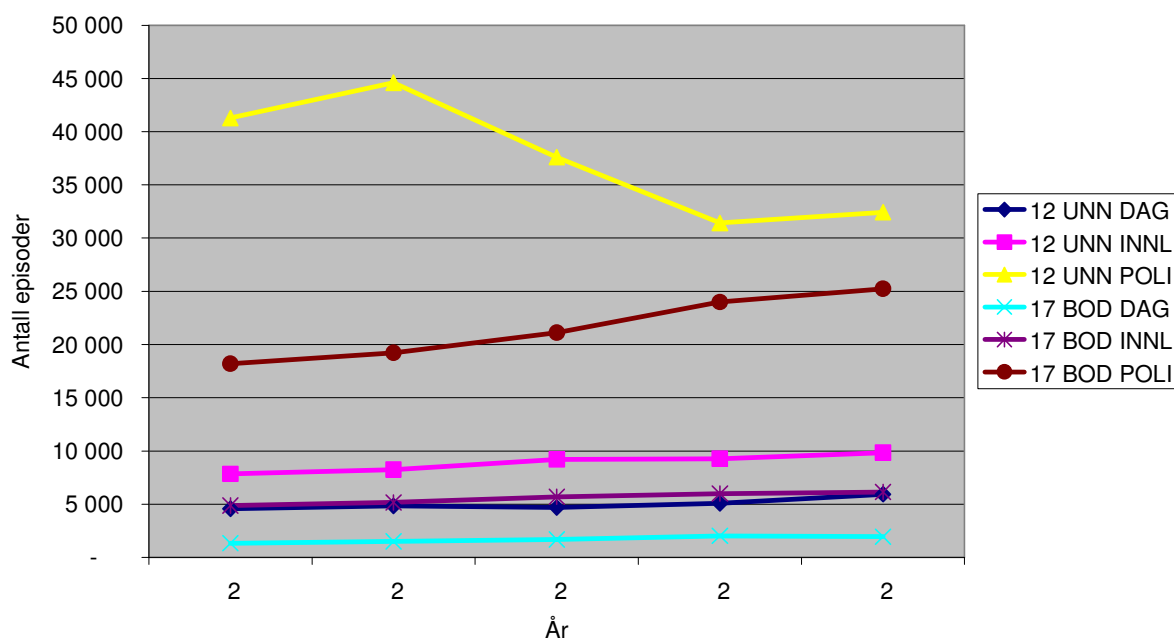
Tekniske eksklusjoner:

- Alle polikliniske konsultasjoner med Rtg takst
- Alle kontakter ved psykiatrisk avdeling, eller med ukjent avdeling og psykiatri takst eller ukjent avdeling og psykiatri diagnose. Inkludert – pasienter innlagt ved somatiske avdelinger med psykiatri diagnose.
- Tysfjord kommune er i sin helhet tilordnet Narvik opptaksområde.
- Bindalen kommune er lagt inn under sandnessjøen opptaksområde.
- Kontakter med manglende opplysninger er ekskludert - (0,3%) av materialet.
 - Innleggelser hvor avdeling er ukjent og DRG=470 (manglende opplysninger) (N=38) er ekskludert.
 - Polikliniske konsultasjoner hvor det mangler avdelingsnavn, takster og diagnoser (n=1179) er ekskludert.
- Kontakter som er dubletter av andre kontakter.
- Kontakter som mangler kommunetilhørighet – i hovedsak utlendinger.
- Alle internkonsultasjoner – dvs polikliniske konsultasjoner gjort under et sykehusopphold er med i datasettet under mønstergjenkjenning av behandlingsserier. Disse utgjør 3243 polikliniske konsultasjoner av de kontaktene som er definert som polikliniske kontroller. Idet disse ikke er aktuelle for desentralisering burde de muligens tas de ut ved rapportering.

Tab XX. Antall behandlingsepisoder hos pasienter som bor utenfor hhv Bodø og UNN ved de to sykehusene etter år, kontaktype og behandlende sykehus.

		2 002	2 003	2 004	2 005	2 006	Table Total
12 UNN	DAG	4 560	4 834	4 677	5 053	5 925	25049
	INNL	7 851	8 237	9 203	9 106	9 707	44104
	POLI	41 304	44 604	37 612	31 293	32 242	187055
	Group Total	53 715	57 675	51 492	45 452	47 874	256208
17 BOD	DAG	1 325	1 490	1 676	2 014	1 946	8451
	INNL	4 876	5 167	5 686	5 930	6 080	27739
	POLI	18 197	19 222	21 124	23 905	25 156	107604
	Group Total	24 398	25 879	28 486	31 849	33 182	143794
Table Total		78113	83554	79978	77301	81056	400002

"Reisepasienter" til Bodø og UNN etter kontakttipe og år



Antallet polikliniske kontakter fra pasienter som bor utenfor UNNs opptaksområde har sunket fra ca 41 000 pr år i begynnelsen av perioden til ca 32 000 i 2005-06. Antallet polikliniske kontakter fra pasienter som bor utenfor Bodøs opptaksområde ved sykehuset i Bodø øker jevnt i perioden.

Det kan se ut som pasienter fra boområdene som ligger nærmest Bodø i økende grad reiser til Bodø i stedet for til UNN (Tab XX) og at dette forklarer nedgang i polikliniske kontakter til UNN.

Tab XX. Antall behandlingsepisoder hos pasienter som bor utenfor hhv Bodø og UNN ved de to sykehusene etter år, boområde og kontakttipe.

Kontakt- type	Beh sh	Boområde	2002	2003	2004	2005	2006	Table Total
DAG	12 UNN	10 KIR	506	618	591	770	912	3397
		11 HFS	1644	1679	1690	1949	2250	9212
		13 NAR	519	558	491	535	633	2736
		14 HSH	589	649	650	770	916	3574
		15 STK	331	306	393	304	409	1743
		16 LOF	226	243	262	211	233	1175
		18 RAN	286	290	209	205	213	1203
		19 SSJ	310	304	262	192	217	1285
		20 MSJ	149	187	129	117	142	724
		Group Total			4560	4834	4677	5053

Tab fortsetter på neste side.

Tab XX forts.

Kontakt- type	Beh sh	Boområde	2002	2003	2004	2005	2006	Table Total
DAG	17 BOD	10 KIR	2	36	5	10	16	69
		11 HFS	7	12	15	29	16	79
		13 NAR	149	179	250	321	275	1174
		14 HSH	5	29	27	31	40	132
		15 STK	267	252	241	301	348	1409
		16 LOF	285	431	553	587	475	2331
		18 RAN	326	308	341	443	431	1849
		19 SSJ	194	124	156	164	218	856
		20 MSJ	90	119	88	128	127	552
			Group Total	1325	1490	1676	2014	1946
INNL	12 UNN	10 KIR	1203	1280	1323	1271	1394	6471
		11 HFS	2240	2107	2609	2470	2759	12185
		13 NAR	981	1129	1211	1331	1354	6006
		14 HSH	1043	1152	1247	1216	1323	5981
		15 STK	718	794	925	927	908	4272
		16 LOF	503	517	510	537	573	2640
		18 RAN	491	525	527	497	547	2587
		19 SSJ	407	449	524	513	508	2401
		20 MSJ	265	284	327	344	341	1561
			Group Total	7851	8237	9203	9106	9707
	17 BOD	10 KIR	8	8	14	18	18	66
		11 HFS	12	15	31	37	51	146
		13 NAR	541	557	544	912	1004	3558
		14 HSH	52	52	86	63	71	324
		15 STK	1008	911	909	839	949	4616
		16 LOF	970	1111	1338	1327	1297	6043
		18 RAN	1093	1261	1321	1315	1382	6372
		19 SSJ	733	732	907	907	869	4148
		20 MSJ	459	520	536	512	439	2466
			Group Total	4876	5167	5686	5930	6080
POLI	12 UNN	10 KIR	6325	6631	6078	5030	5449	29513
		11 HFS	13421	13714	12359	11085	11177	61756
		13 NAR	5932	6546	5124	4867	4968	27437
		14 HSH	5354	6359	5096	4301	4485	25595
		15 STK	3182	3954	2880	2373	2394	14783
		16 LOF	2215	2394	1768	1123	1191	8691
		18 RAN	2069	2008	1720	1046	1110	7953
		19 SSJ	1846	1573	1434	891	850	6594
		20 MSJ	960	1425	1153	577	618	4733
			Group Total	41304	44604	37612	31293	32242
	17 BOD	10 KIR	23	50	37	52	68	230
		11 HFS	72	68	98	112	92	442
		13 NAR	2295	2222	2554	3747	4057	14875
		14 HSH	221	273	317	464	402	1677

	15 STK	3772	3805	3963	4194	4256	19990
	16 LOF	4295	5087	5667	5740	6100	26889
	18 RAN	3724	3726	4033	4625	5039	21147
	19 SSJ	2516	2661	2983	3435	3512	15107
	20 MSJ	1279	1330	1472	1536	1630	7247
	Group						
	Total	18197	19222	21124	23905	25156	107604
Table							
Total		78113	83554	79978	77301	81056	400002